



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 058 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 18 octobre 2012

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 18 octobre 2012

• (1100)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour à tous. Je vous souhaite la bienvenue à la présente réunion du Comité permanent de la santé. Je suis ravie de vous voir tous réunis ici ce matin. Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous menons une étude sur l'innovation technologique.

Des témoins très crédibles et très réputés participent à la réunion d'aujourd'hui.

Du ministère de la Santé, nous accueillons Barbara Sabourin, directrice générale. Dois-je vous appeler Dre Sabourin?

Mme Barbara Sabourin: Non.

Le président: Nous accueillons également le Dr Alain Beaudet, des Instituts de recherche en santé du Canada. Je vous souhaite la bienvenue. Je suis heureuse de vous revoir.

Enfin, nous recevons le Dr Brian O'Rourke, président-directeur général, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Bienvenue.

Nous allons d'abord entendre Barbara Sabourin.

Mme Barbara Sabourin (directrice générale, Direction des produits thérapeutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Merci, madame la présidente. Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui pour vous parler des technologies émergentes en soins de santé et de l'important rôle réglementaire joué par Santé Canada.

[Français]

Je suis la directrice générale de la Direction des produits thérapeutiques au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments.

[Traduction]

La Direction générale des produits de santé et des aliments — la DGPSA — est l'organisation de Santé Canada responsable de la réglementation des produits de santé et des aliments tels que les produits pharmaceutiques, les produits biologiques et les instruments médicaux. Une partie importante de notre mandat est d'adopter une approche intégrée de gestion des risques liés à la santé et des avantages des produits de santé et des aliments, et ce, en réduisant au maximum les facteurs de risque pour la santé tout en optimisant la sécurité fournie par le système réglementaire régissant les produits de santé et les aliments. À titre d'autorité chargée de la réglementation, il est primordial que nous nous adaptions à l'expertise évolutive requise afin d'évaluer les demandes en révisant continuellement nos approches. Bon nombre de nouvelles technologies repoussent les limites de ce que nous avons cru impossible, mais qui sont maintenant considérées comme des thérapies régulières servant à traiter des problèmes médicaux de longue date. J'ai préparé un court document qui souligne quelques initiatives

importantes, et je profiterai de l'occasion qui m'est offerte pour parler de façon plus générale de la manière dont nos priorités actuelles soutiennent les technologies émergentes.

Pour suivre le rythme des innovations scientifiques en évolution, nous prenons des mesures en vue de moderniser notre cadre réglementaire en faisant progresser la feuille de route sur la réglementation, en mettant en œuvre des moyens de soutenir l'innovation grâce à la réduction du fardeau réglementaire inutile subie par l'industrie et en renforçant nos partenariats et nos harmonisations avec les partenaires tant canadiens qu'internationaux.

Un important objectif ministériel est de permettre aux Canadiens d'accéder en temps opportun à de nouvelles thérapies innovatrices afin de maximiser les résultats en matière de santé. Un des moyens qui permettent l'atteinte de cet objectif est le processus d'examen de priorités, lequel facilite l'accélération de l'examen et raccourcit le temps requis pour que de nouveaux médicaments et de nouveaux instruments médicaux utilisés pour le traitement, la prévention ou le diagnostic de maladies ou de problèmes de santé graves, mettant la vie en danger ou sévèrement débilissants soient mis sur le marché. La durée de l'examen d'une nouvelle substance active médicamenteuse type est à présent de 180 jours au lieu de 300; pour les instruments médicaux, comme ceux de la classe IV — celle présentant le risque le plus élevé —, la durée de l'examen prioritaire est maintenant de 45 jours au lieu de 90.

Par exemple, Santé Canada a accordé un statut d'examen prioritaire à la valve cardiaque Edwards Sapien, laquelle offrira à certains patients qui ne peuvent subir de chirurgie à cœur ouvert l'option d'un remplacement de valve. Cet appareil a été homologué le 22 juin 2011.

Dans le domaine de l'oncologie, Santé Canada a accordé un examen prioritaire à des médicaments qui servent à traiter des personnes malades ayant de nombreux besoins non comblés, de même qu'à des médicaments utilisés avec des thérapies personnalisées. Par exemple, le Jakavi, utilisé dans le traitement des effets d'une rare forme de cancer du sang, a reçu un examen prioritaire parce qu'il a été prouvé qu'il améliorerait de façon marquée et durable la qualité de vie générale des patients. Ce médicament a été approuvé le 19 juin 2012.

Dans le secteur des produits biologiques novateurs, le Canada est devenu le premier pays au monde à homologuer, en mai 2012, une nouvelle thérapie par cellules souches pour le traitement des complications découlant de la transplantation chez les enfants.

D'autres mécanismes améliorant l'accès à des thérapies novatrices comprennent notamment l'établissement de cibles internationales et concurrentielles de rendement pour la durée des examens, un accès plus rapide aux médicaments pour les médecins et les patients en fonction de la fourniture de preuves d'efficacité clinique prometteuses, l'ajout d'une période d'examen par défaut de 30 jours pour toutes les demandes d'essais cliniques et l'accélération de l'examen des solutions de rechange aux médicaments ayant fait récemment l'objet d'une pénurie.

Le rythme accéléré des changements technologiques et la mondialisation de l'industrie des produits de santé offrent à la DGPSA des occasions de rechercher et de promouvoir des normes et des exigences techniques harmonisées, une convergence réglementaire, une réduction des chevauchements et une collaboration accrue avec ses homologues internationaux en matière réglementaire. Nous continuons, s'il y a lieu, à mettre en œuvre des lignes directrices pour aider les promoteurs à respecter les exigences réglementaires liées aux technologies en évolution.

La DGPSA jouit d'une excellente réputation partout dans le monde et continue de créer des liens solides à l'échelle internationale avec d'autres organismes réglementaires en participant activement à tous les aspects de l'International Conference on Harmonisation et en concluant des ententes de collaboration telles que le Groupe d'oncologie. De plus, elle poursuit le développement de ses connaissances en utilisant des examens menés dans d'autres pays et en puisant dans l'expertise de partenaires internationaux œuvrant dans des domaines novateurs.

• (1105)

[Français]

En vue de faciliter les thérapies novatrices, la DGPSA a aussi mis en œuvre de nouveaux cadres réglementaires permettant l'approbation de nouveaux médicaments prévus pour une utilisation dans des situations d'urgence, en se basant sur des études limitées sur des humains et soutenues par des données provenant d'études sur des animaux.

[Traduction]

En conclusion, la DGPSA met fortement l'accent sur le soutien à l'innovation et aux technologies émergentes afin d'améliorer la santé et la sécurité des Canadiens. En outre, le Canada possède de solides lois sur les brevets qui fournissent une période d'exclusivité de marché de huit ans aux promoteurs de produits novateurs. Notre pays est donc très attrayant pour les chercheurs cliniciens et les responsables de la mise au point de médicaments dans le domaine des technologies émergentes.

[Français]

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup. Je vous sais gré des commentaires pénétrants que vous nous avez présentés ce matin et du document que vous nous avez remis.

Nous allons maintenant passer au Dr Beaudet, des Instituts de recherche en santé du Canada. Allez-y, s'il vous plaît.

Dr Alain Beaudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada): Merci, madame la présidente.

La médecine évolue de façon extrêmement rapide. Dans l'avenir, les médecins utiliseront leur téléphone intelligent plutôt qu'un stéthoscope pour vérifier la fréquence cardiaque d'un patient et

auront recours à des biomarqueurs d'un genre nouveau dans le cadre de leurs activités de dépistage précoces afin de mieux traiter les cas de rejet d'organes greffés. Dans l'avenir, un nez électronique pourra détecter de manière immédiate et non effractive la tuberculose à partir d'un test respiratoire plutôt que d'un examen de l'expectoration, et un médecin se trouvant à Toronto pourra effectuer une intervention chirurgicale à distance sur un patient se trouvant à Yellowknife.

Tous ces exemples ont un point en commun: ils représentent de nouvelles occasions d'accroître la qualité, l'accessibilité et la sûreté des soins de santé. L'innovation est la nature même des nouvelles technologies. L'avenir des soins de santé au Canada est tributaire de notre capacité d'innover. Cela signifie que nous devons sortir des sentiers battus, faire preuve d'audace et être prêts à établir des partenariats avec des personnes qui ne sont pas habituellement associées au secteur de la santé.

[Français]

En d'autres mots, cela signifie oser soutenir des projets ambitieux et avant-gardistes qui impliquent des chercheurs de diverses disciplines, de la biologie certes, mais aussi de la physique, de la chimie, des mathématiques, de l'informatique ou du génie. Cela signifie promouvoir la collaboration. Cela signifie s'ouvrir à l'international.

Les IRSC travaillent de plus en plus avec leurs partenaires fédéraux, comme le Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, le Conseil national de recherches du Canada et Génome Canada, afin de soutenir la recherche dans ce domaine à la pointe de la technologie et à l'intersection de diverses disciplines.

Une de nos initiatives est le programme Promouvoir l'innovation technologique par la découverte. Il permet aux chercheurs d'appliquer les nouvelles technologies génétiques pour identifier les causes génétiques des maladies infantiles.

[Traduction]

Je suis heureux d'informer le comité du fait que les chercheurs canadiens sont des chefs de file dans une kyrielle de secteurs liés aux technologies naissantes. Cela a été confirmé par les résultats de l'évaluation du rendement du Canada en matière de sciences et de technologies que le Conseil des académies canadiennes a publiés en septembre. Par exemple, dans le domaine de la psychologie et des sciences cognitives, la production du Canada est extrêmement élevée — il paraît ici un nombre de publications deux fois plus élevé que celui auquel on pourrait s'attendre en raison de la population du pays —, et les chercheurs canadiens occupent le cinquième rang en importance dans le monde pour ce qui est de la portée de leurs travaux.

D'après l'évaluation, le Canada connaît la croissance la plus rapide au monde dans le secteur des nanosciences et des nanotechnologies. Les Instituts de recherche en santé du Canada soutiennent directement la mise au point de nouvelles technologies dans une vaste gamme de secteurs de recherche. À cet égard, mentionnons, entre autres, la création d'outils et d'applications dans des domaines variés — la robotique, la nanotechnologie, la génomique, la médecine régénérative et le matériel médical —, mais également des innovations dans le champ de la prestation de soins de santé, notamment en ce qui a trait à la cybersanté et à la télémédecine.

•(1110)

[Français]

Ainsi, les IRSC ont financé depuis 2006 plus de 200 projets liés à la robotique, à la nanotechnologie ou au développement d'applications et dispositifs médicaux. Ces investissements représentent un montant de plus de 200 millions de dollars.

Un exemple concret est celui de Maurice Ptito, de l'Université de Montréal. Grâce au soutien des IRSC, le Dr Ptito a développé un appareil de substitution sensorielle qui pourrait potentiellement servir à la navigation chez les aveugles. Cet appareil d'affichage lingual retransmet l'information visuelle via une caméra dont les pixels sont traduits par la langue. Les résultats démontrent que non seulement l'information perçue par la langue via la caméra sont transmises au cerveau, mais que cette information est décodée dans le cerveau avec suffisamment d'acuité pour permettre au sujet d'élaborer des stratégies d'évitement d'obstacles et de se mouvoir adéquatement.

[Traduction]

Les travaux menés à l'incubateur de l'Université Ryerson par deux jeunes ingénieurs biomédicaux constituent un autre exemple fascinant d'interface cerveau-machine futuriste. En plus de concevoir des produits comme des poumons artificiels et des outils d'aide à la marche pour les personnes paraplégiques, ces ingénieurs ont mis au point une prothèse, un bras muni de muscles artificiels, dispositif expérimental permettant à une personne de commander un membre artificiel simplement par la pensée, un peu comme nous le faisons normalement. Cette technologie procure une plus vaste amplitude de mouvement que celle offerte par les prothèses conventionnelles, et n'exige pas que la personne amputée subisse une intervention chirurgicale effractive. En outre, cette prothèse est facile à utiliser, et relativement peu coûteuse à fabriquer.

Ces jeunes chercheurs-entrepreneurs ont non seulement repoussé les limites de l'utilisation de la cybernétique dans le domaine de la santé, mais également remporté un succès commercial en lançant une entreprise, Bionik Laboratories, qui a déjà suscité l'intérêt d'importants hôpitaux des États-Unis et du Canada. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer au moment d'aider les entreprises comme celles-ci à mener des activités de recherche et de faire en sorte que les résultats concluants de celles-ci soient mis en marché.

La génomique et la recherche sur les cellules souches sont d'autres secteurs extrêmement prometteurs pour ce qui est de nouvelles percées permettant d'aider les personnes vivant avec une maladie incurable. Le séquençage génomique a déjà une incidence sur la manière dont nous traitons et prévenons les maladies. Par exemple, grâce au financement initial versé par le Programme des partenariats régionaux des IRSC, le Dr Patrick Palfrey et ses collègues de l'Université Memorial de Terre-Neuve ont fait progresser de façon importante la recherche qui a mené à la découverte du gène responsable de l'insuffisance cardiaque ayant provoqué la mort subite d'hommes à Terre-Neuve. À présent, un simple test sanguin peut révéler si une personne est porteuse ou non du gène muté fatal. Un défibrillateur a été implanté près de la clavicule des personnes porteuses du gène, de sorte que le syndrome de mort subite a pratiquement disparu à Terre-Neuve. Cela illustre la raison pour laquelle les IRSC et Genome Canada ont lancé un important partenariat stratégique sur la médecine personnalisée.

On entend souvent dire que le cerveau est la dernière frontière. L'élucidation des mystères du cerveau en vue d'offrir de l'espoir et un remède aux patients atteints d'un trouble neurologique ou d'un

trouble de santé mentale constitue un autre des principaux objectifs des IRSC. La recherche sur le cerveau est l'un des champs dans lesquels nous espérons tirer le plus possible profit des technologies naissantes, dans des domaines allant de l'épigénétique à l'imagerie cérébrale.

Prenez, par exemple, les travaux menés par M. Antoine Adamantidis, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en circuits neuronaux et optogénique de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill. Il étudie les structures cérébrales qui jouent un rôle dans l'état comportemental et psychologique du sommeil et de l'éveil. Il fait figure de pionnier dans l'utilisation de l'optogénique, laquelle ouvre de nouvelles perspectives et donne lieu à des stratégies expérimentales sans précédent pour l'examen des circuits nerveux qui contrôlent l'état d'éveil. Ses recherches permettront de trouver de nouveaux traitements applicables à des maladies liées aux troubles du sommeil, notamment la dépression, la schizophrénie et les troubles cognitifs.

Madame la présidente, je ne voudrais pas que les membres du comité aient l'impression que les projets liés aux technologies émergentes que financent les IRSC ont pour seul objet la création de nouveaux outils, de nouveaux gadgets et de nouveaux dispositifs. Ces projets se traduisent également par l'élaboration de nouveaux modèles opérationnels, l'intégration de services au sein de divers cadres et la transformation d'initiatives fructueuses en nouveaux modèles de prestation de soins et de services.

Cela est illustré par des projets comme celui dirigé par la Dre Mikiko Terashima, de l'Université Dalhousie. Dans le cadre de cette initiative de recherche, il s'agissait de localiser toutes les ambulances de la Nouvelle-Écosse au moyen de systèmes GPS dans le but d'établir la manière dont réagissent les ambulanciers lorsque les services d'urgence des hôpitaux sont bondés. Les chercheurs espèrent que les conclusions de leur recherche pourront être utilisées pour améliorer les services d'urgence de la province.

Madame la présidente, comme vous pouvez le constater, les Instituts de recherche en santé du Canada soutiennent les initiatives de recherche de pointe qui sont cruciales pour garantir les meilleurs soins de santé et les meilleurs résultats en matière de santé aux Canadiens. Au moment d'appuyer ces initiatives, les IRSC et leurs partenaires des secteurs public et privé ne perdent pas de vue les principes que sont l'excellence et l'intégrité en matière de recherche et la sécurité des patients. Il s'agit là des normes de référence du soutien des meilleures idées et des plus brillants esprits et du maintien de la compétitivité du Canada au sein d'une économie du savoir.

Merci.

•(1115)

La présidente: Merci infiniment, docteur Beaudet.

Nous allons maintenant entendre M. Brian O'Rourke, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

[Français]

M. Brian O'Rourke (président et directeur général, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé): Merci, madame la présidente, et merci de m'avoir invité à prendre la parole devant le comité.

[Traduction]

Tout d'abord, j'aimerais dire quelques mots à propos de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS. Il s'agit d'une société indépendante sans but lucratif fondée en 1989 et se définissant elle-même comme une organisation d'évaluation de la technologie de la santé; en d'autres termes, elle fournit des évaluations fondées sur des données probantes de l'efficacité clinique et de la rentabilité des produits pharmaceutiques, des diagnostics et des appareils et des procédures de soins médicaux, dentaires et chirurgicaux. Pour l'essentiel, nous avons deux secteurs d'activité généraux, à savoir le portefeuille des médicaments et le portefeuille de la technologie, lequel englobe les appareils, les diagnostics et les procédures.

Le budget de fonctionnement annuel de l'ACMTS est d'environ 22 millions de dollars, dont la majeure partie provient de Santé Canada et de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, à l'exception de celui du Québec, qui dispose de sa propre agence. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui financent l'ACMTS en sont membres ou propriétaires, et ils sont représentés par leur sous-ministre de la Santé. L'ACMTS est gouverné par un conseil d'administration relevant des sous-ministres.

Madame la présidente, l'ACMTS exerce ses activités en fonction d'une proposition de valeur à deux volets. D'une part, elle fournit des données probantes, des avis, des outils et des recommandations qui font la promotion de l'utilisation optimale des médicaments et des technologies de la santé. D'autre part, elle agit comme intermédiaire dans le cadre des activités canadiennes et internationales d'évaluation des technologies de la santé.

En tant que fournisseur, l'ACMTS offre une vaste gamme de services appuyant la gestion efficace des produits pharmaceutiques et des autres technologies de la santé au Canada. L'un de nos programmes-phares est le Programme commun d'évaluation des médicaments, processus fédéral-provincial-territorial d'examen de l'efficacité clinique et de la rentabilité des nouveaux médicaments et de médicaments existants s'assortissant de nouvelles indications. Le Programme commun d'évaluation des médicaments soutient les décisions en matière de couverture de 18 des 19 régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Là encore, le Québec dispose de son propre régime.

Madame la présidente, comme vous le savez, le Comité permanent de la santé a mené une étude sur le Programme commun d'évaluation des médicaments et a publié un rapport assorti de recommandations à ce sujet en décembre 2007.

Nous effectuons également des examens des classes thérapeutiques sur des produits pharmaceutiques, et nous menons des projets sur leur utilisation optimale. Ces produits découlent des processus de délibération d'experts qui fournissent les données probantes sur lesquelles se fondent les administrations pour faire la promotion de la prescription et de l'utilisation appropriées des médicaments et des technologies de la santé.

Un autre précieux service dispensé par l'ACMTS consiste en la fourniture de brefs résumés des renseignements contenus dans la documentation médicale extrêmement vaste et complexe. Ce service de renseignements rapide est extrêmement utile dans la mesure où il répond aux besoins urgents des administrations qui ont besoin de renseignements abrégés et nuancés leur permettant de prendre des décisions éclairées sur les politiques et les pratiques liées aux technologies pharmaceutiques et non pharmaceutiques.

L'ACMTS effectue aussi des évaluations plus exhaustives et plus complexes des technologies de la santé, au besoin. Par exemple,

nous avons récemment effectué, entre autres, des évaluations portant sur la chirurgie robotisée, les unités d'imagerie par résonance magnétique, les thérapies pharmacologiques de renoncement au tabac et les isotopes médicaux.

[Français]

Tel que mentionné, en plus d'être un producteur clé de l'évaluation des technologies de la santé, l'agence agit aussi en tant que courtier de ces évaluations, facilitant ainsi la création et le soutien d'un environnement propice à la diffusion et à la mise en application de données probantes au Canada. En tant qu'organisme pancanadien, nous sommes bien placés pour avoir un travail collaboratif avec les organisations d'évaluation des technologies de la santé sur les plans provincial, universitaire et hospitalier.

• (1120)

[Traduction]

Qu'elle agisse à titre de fournisseur ou d'intermédiaire, l'ACMTS a pour mission de contribuer à la gestion efficace des technologies de la santé durant leur cycle de vie, de l'étape de leur mise au point à celle de leur obsolescence. Nous ne décidons pas des technologies qui seront financées par les ministères de la Santé ou utilisées par les patients et les cliniciens; toutefois, nos travaux orientent la prise de décisions sur les technologies, tant à l'échelon stratégique qu'à celui de la pratique.

En tant qu'organisation participant à la promotion de l'utilisation optimale des technologies de la santé, l'ACMTS soutient l'innovation. Elle reconnaît que les progrès réalisés en ce qui concerne les appareils médicaux, les médicaments et les procédures contribuent à l'amélioration de la prestation des soins de santé et des résultats pour les patients.

Elle reconnaît également que « nouveau » n'est pas nécessairement synonyme de « meilleur », et que certaines nouvelles technologies de la santé ne procurent que des avantages négligeables, voire aucun, et ce, bien souvent, moyennant un coût beaucoup plus élevé.

L'ACMTS estime que son rôle et celui des évaluations des technologies de la santé consistent généralement à fournir les données probantes qui permettent de faire en sorte que les technologies de la santé ajoutent de la valeur au système, qu'elles contribuent à l'amélioration des résultats pour les patients et à l'accroissement de la durabilité du système de santé et qu'elles constituent véritablement des innovations, et non pas simplement des générateurs de coûts.

[Français]

Étant donné les défis économiques importants auxquels les provinces font face en ce moment, le besoin de maximiser la valeur de chaque dollar dépensé en soins de santé n'a jamais été plus grand. L'agence fournit aux décideurs l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées à propos des soins de santé afin de maintenir un équilibre entre les avantages supplémentaires des nouvelles technologies et les coûts additionnels qu'elles engendrent pour le système de soins de santé.

[Traduction]

De cette façon, les décideurs peuvent faire des choix éclairés, et s'assurer que chacun d'entre eux contribue à ce que les budgets de santé de plus en plus limités sont utilisés de façon optimale.

Si vous le permettez, madame la présidente, je vais fournir quelques exemples.

Quelque 250 000 Canadiens sont atteints d'une cardiopathie connue sous le nom de fibrillation auriculaire, qui se manifeste par un rythme cardiaque irrégulier et peut entraîner des complications médicales graves, par exemple un accident vasculaire cérébral. Dans la plupart des cas, les personnes atteintes de ce trouble doivent prendre toute leur vie des anticoagulants, médicaments qui préviennent la formation de caillots de sang. Depuis plus ou moins 60 ans, le principal médicament consommé par ces personnes est la warfarine, mais de nouveaux anticoagulants administrés par voie orale et présentés comme une innovation importante sont maintenant accessibles.

L'ACMTS a mené un examen rigoureux qui a révélé que, comparativement à la warfarine, ces nouveaux médicaments ne procuraient qu'un avantage éventuel négligeable, qu'on ne disposait d'aucune donnée à long terme sur leur innocuité et que leur rentabilité — dans l'éventualité où ils étaient utilisés à grande échelle en tant que solution de rechange à la warfarine — était grandement incertaine. L'examen a confirmé que la warfarine demeurait le traitement de première ligne à privilégier, et notre comité d'experts a recommandé que la prise d'anticoagulants administrés par voie orale ne devrait être couverte que dans les cas où un patient ne devrait pas prendre de la warfarine ou ne peut pas le faire.

L'ACMTS a apporté une contribution substantielle au moment d'établir l'emploi approprié des technologies et des médicaments dans le cadre du traitement du diabète. J'aimerais attirer votre attention sur un exemple précis. Les recherches que nous avons menées sur l'utilisation des bandes réactives pour glycémie a eu d'énormes répercussions sur le système de santé et les patients. Il s'agit d'une technologie utilisée à grande échelle et coûteuse — en 2010, elle a coûté plus de 500 millions de dollars aux régimes public et privé d'assurance-médicaments du Canada. Nos recherches ont révélé que les personnes diabétiques qui ne prennent pas d'insuline n'ont pas besoin d'évaluer quotidiennement leur glycémie.

Ces conclusions pourraient se traduire par des économies allant de 450 millions à 1,2 milliard de dollars de 2012 à 2015. Comprenez-moi bien: ces 450 millions à 1,2 milliard de dollars que l'on dépenserait autrement ne procureront aucun avantage pour la santé, et pire encore, dans une conjoncture de compression des budgets liés aux soins de santé, ils empêcheront les bailleurs de fonds d'utiliser cet argent pour financer des technologies innovatrices ayant des effets bénéfiques pour la santé.

Depuis 2009, nous travaillons en étroite collaboration avec nos partenaires partout au Canada, notamment l'Association canadienne du diabète, pour diffuser ces renseignements afin d'éduquer les professionnels de la santé et les patients et de faire en sorte que les bandes réactives ne soient utilisées que dans les cas où cela procure un véritable avantage au patient.

Chirurgie robotisée, chirurgie assistée par ordinateur et chirurgie assistée par robot: il s'agit là de termes qui renvoient aux percées technologiques dans le cadre desquelles des systèmes robotisés contribuent à des interventions chirurgicales. Cependant, ces technologies s'assortissent d'importants coûts d'investissement, d'entretien et de fonctionnement.

La recherche que l'ACMTS a terminée l'an dernier sur la chirurgie robotisée a confirmé que cette technologie se traduisait par l'amélioration de certains résultats à court terme, par exemple au chapitre de la durée des séjours à l'hôpital, de la perte de sang et des taux de transfusion.

Nos travaux ont également montré qu'il existe des façons d'utiliser cette technologie de manière encore plus rentable, par exemple en

utilisant un même robot pour plusieurs types d'interventions chirurgicales, en accroissant le nombre d'interventions chirurgicales et en mettant en place les systèmes de soutien appropriés. Ainsi, nos travaux appuient le recours, dans certaines circonstances, à cette technologie novatrice.

• (1125)

[Français]

Ces exemples indiquent que l'évaluation des technologies de la santé fournit un encadrement clair à l'investissement public en technologies de la santé, aidant le décideur à choisir entre différentes solutions thérapeutiques au profit du patient et du système de santé.

[Traduction]

Madame la présidente, j'aimerais conclure en formulant trois messages.

Premièrement, les responsables de l'élaboration des politiques doivent aujourd'hui plus que jamais être certains que leurs achats en matière de technologie de la santé sont avantageux pour la santé de la population. L'évaluation des technologies de la santé est un élément crucial de la prise de décisions éclairées.

Deuxièmement, l'évaluation des technologies de la santé contribue à faire en sorte que les patients profitent au maximum des nouvelles technologies en fournissant une orientation pour ce qui est de leur utilisation appropriée.

Troisièmement, l'évaluation des technologies de la santé soutient l'innovation technologique dans les cas où celle-ci a des effets positifs pour les patients, le système de santé et les contribuables.

L'ACMTS, et l'évaluation des technologies de la santé en général, soutient l'adoption des technologies innovatrices qui présentent un intérêt pour la santé. En revanche, elle joue un rôle au moment de déconseiller l'adoption des innovations qui ne procurent aucun avantage pour la santé.

Merci, madame la présidente, de m'avoir donné l'occasion de vous présenter un exposé aujourd'hui. Je répondrai à toutes questions que les membres voudront bien me poser.

La présidente: Je tiens à remercier tous les témoins des observations très pénétrantes qu'ils ont formulées ce matin. Cela est très utile pour notre étude.

Nous allons passer à la période de questions et de réponses. Il s'agit d'un tour de sept minutes. Madame Davies, vous avez la parole.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins qui participent à la réunion d'aujourd'hui, laquelle marque le début des travaux liés à la nouvelle étude qu'entreprend le comité. Ainsi, c'est vous qui donnez le coup d'envoi de ces travaux. Nous commençons à aborder la question — très vaste, à mon avis — de l'innovation et de la technologie dans le système de soins de santé. Les questions que je veux poser sont de portée assez générale. J'espère que nous aurons l'occasion d'étudier de façon plus approfondie certains sujets à mesure que nous progresserons dans notre étude. Chacun d'entre vous a présenté un très bon exposé. Vous nous avez donné une idée des activités que mène le ministère ou l'organisation que vous représentez. J'ai l'impression que vous accordez beaucoup d'attention aux questions liées à la sécurité, à la surveillance et à l'évaluation.

Pouvez-vous m'indiquer quels organismes fédéraux ou provinciaux mènent des activités de surveillance des répercussions des nouvelles technologies dont vous avez parlé? Elles doivent avoir une incidence sur les ressources humaines du secteur de la santé. La mise en place de nouvelles technologies peut exiger différents types d'expertise dans de diverses installations. Qui surveille cela? Qui prend des mesures à cet égard?

L'envers de cette question, c'est l'accessibilité à ces technologies. Une gamme complète de technologies sera mise en place, et une multitude de résultats de recherche sont en train de voir le jour. Que devons-nous faire pour nous assurer, conformément aux principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé, que ces technologies sont réparties également dans l'ensemble du pays, et que les lieux où elles seront mises en place ne sont pas triés sur le volet? Par exemple, il se peut qu'une province ait les moyens de se procurer telle ou telle nouvelle technologie, et qu'une autre ne soit pas en mesure de se la procurer. Cela pose un problème sur le plan de l'équité en matière de santé. Il existe de nombreux intervenants, mais vous tous ne représentez que des organisations fédérales. Comme un grand nombre d'intervenants entrent en ligne de compte, je ne comprends pas bien qui est chargé de surveiller ce qui se passe à l'échelle de notre système de soins de santé.

Pourriez-vous répondre à cette question? Est-ce qu'une quelconque instance mène ces activités de surveillance et, dans la négative, quelles sont les lacunes et quelles mesures devrions-nous prendre?

La présidente: Qui veut répondre à cette question?

Mme Barbara Sabourin: Je peux peut-être répondre en premier, et mes collègues interviendront s'ils ont des observations supplémentaires à formuler.

La présidente: Allez-y.

Mme Barbara Sabourin: En ce qui a trait aux répercussions des technologies, la Loi sur les aliments et drogues et son règlement d'application nous confèrent une certaine capacité de supervision, plus particulièrement en ce qui concerne la sécurité et les effets indésirables pouvant découler de l'utilisation des nouvelles technologies, surtout les médicaments et les appareils. Nous prenons ce rôle très au sérieux.

Nous procédons à l'évaluation de l'innocuité d'une multitude de produits ayant provoqué des effets indésirables, dans les cas où le nombre ou la nature de ces effets peut soulever des préoccupations. Nous pouvons ensuite demander au fabricant, par exemple, de modifier les directives figurant sur l'étiquette de manière à clarifier la prescription ou à décrire de manière plus précise les risques et les avantages du produit. Nous avons assurément un rôle à jouer.

Cela dit, la Loi sur les aliments et drogues et son règlement d'application mettent l'accent sur la vente des produits. Comme vous le savez sûrement, nous jouons un rôle plus ou moins limité, et la prestation de soins de santé et la surveillance des résultats pour la santé des Canadiens est une compétence qui relève sans aucun doute des provinces.

La présidente: Allez-y, monsieur O'Rourke.

• (1130)

M. Brian O'Rourke: Je pourrais peut-être répondre à la deuxième question concernant l'accessibilité et les disparités entre les différentes administrations du Canada.

Le Programme commun d'évaluation des médicaments, par exemple, a été mis en place par les provinces, les territoires et les organisations du gouvernement fédéral s'occupant des programmes

sur les médicaments. Ce programme a été créé il y a 10 ans environ en raison de ce problème. Toutes les administrations s'occupaient de leurs propres processus, et chacune d'entre elles interprétait les renseignements de façon légèrement différente des autres. Le Programme commun d'évaluation des médicaments a permis de nuancer ces renseignements. Nous effectuons cette évaluation pour le compte de l'ensemble des provinces et des territoires — à l'exception du Québec —, et nous formulons une recommandation qui éclaire leur prise de décisions. D'après les statistiques dont nous disposons, à peu près 92 p. 100 des décisions prises par les provinces et les territoires concordaient avec la recommandation que nous avons formulée.

Mme Libby Davies: Pouvez-vous fournir une réponse en ce qui concerne quelques-unes des technologies? J'ai entendu ce que vous aviez à dire à propos du Programme commun d'évaluation des médicaments, mais j'aimerais que vous disiez quelques mots à propos des technologies?

M. Brian O'Rourke: À ce chapitre, la situation est très différente. Les choses sont beaucoup plus faciles en ce qui a trait aux médicaments, car ils sont administrés de façon très descendante dans la plupart des provinces, qui disposent d'un régime d'assurance-médicaments et de fonctionnaires dotés d'instruments de contrôle. Quant aux appareils, leur gestion est très ascendante. De nouveaux appareils et de nouvelles technologies sont mis en place lorsque, par exemple, un fabricant fournit un instrument à un chirurgien ou une infirmière, et que son utilisation se répand lentement et facilement à l'intérieur du système sans qu'un bon nombre de renseignements ne soient fournis ou que de nombreuses évaluations ne soient effectuées à son sujet. Il y a de multiples points de décision qui entrent en ligne de compte pour ce qui est des technologies non pharmaceutiques.

Mme Libby Davies: Avant que le Dr Beudet ne fournisse sa réponse, j'aimerais que vous me disiez si vous pourriez nous fournir un court document contenant des renseignements généraux. Le comité va visiter les installations d'une société de Montréal nommée CAE Healthcare, qui fabrique quelques-uns de ces nouveaux appareils robotisés dont vous avez parlé. Il serait très utile pour nous que votre organisation nous fournisse des renseignements généraux à propos de ce que nous devrions observer de façon attentive. Serait-il possible pour vous d'élaborer un tel document à notre intention? Notre visite aura lieu le 6 novembre. Le délai est peut-être un peu trop serré pour vous, mais il serait très utile pour nous de disposer de quelques informations contextuelles, si vous êtes en mesure de nous les fournir.

M. Brian O'Rourke: Nous allons collaborer très étroitement avec la greffière, et nous verrons ce que nous sommes en mesure de vous fournir.

Mme Libby Davies: Docteur Beudet, avez-vous des commentaires à formuler?

Dr Alain Beudet: Comme vous le savez, nous soutenons la recherche. Nous sommes de plus en plus conscients de l'importance d'évaluer les répercussions des nouvelles technologies.

Le meilleur exemple que je peux fournir est l'initiative sur la médecine personnalisée que nous avons lancée récemment en collaboration avec Génome Canada. Il s'agit d'une initiative de grande envergure — le gouvernement fédéral a versé un financement de 67,5 millions de dollars, que les provinces doivent doubler. Ce dont il est question, c'est un projet d'une valeur de 135 millions de dollars portant sur la médecine personnalisée et visant principalement à découvrir de nouvelles façons de fournir des soins, de diagnostiquer des maladies et de stratifier les patients de manière à ce que l'on puisse s'assurer que les traitements sont appropriés. L'appel de demandes et l'initiative en tant que telle s'assortissent d'un objectif clair, à savoir celui de mesurer les répercussions sociales, les retombées économiques et les effets sur la santé de ces nouvelles technologies, et sur le plan plus strictement financier, comme mon collègue l'a expliqué plus tôt, de veiller à ce que les dépenses qui découleront assurément de la médecine personnalisée et du séquençage génomique connexe seront compensées par des améliorations au chapitre de la santé des patients et de la qualité des soins, et également par des économies réelles liées au fait que bien des patients n'auront pas à se voir administrer un traitement parce que, par exemple, ils ne présentent pas le profil d'une personne susceptible d'être sensible à un médicament donné.

La présidente: Merci, docteur Beaudet.

Nous allons maintenant passer à M. Carrie, s'il vous plaît.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins d'être ici aujourd'hui. Comme l'a dit ma collègue, nous commençons tout juste cette nouvelle étude, qui m'intéresse énormément. Je tenais à remercier chacun d'entre vous d'avoir assumé un rôle de leadership au Canada et d'avoir travaillé en partenariat avec nos provinces et nos territoires. Je sais que, parfois, cela peut être très compliqué, compte tenu du système complexe en place ici au Canada. Il est fantastique de vous voir jouer un rôle de leadership à cet égard.

Ma première question s'adresse au Dr O'Rourke. Je m'interroge sur les formalités administratives. Nous entendons parler de l'industrie et de la communication entre les provinces et les territoires. Je sais que vous avez collaboré étroitement avec Santé Canada en prodiguant des conseils visant la rationalisation, le cas échéant, des conseils donnés aux provinces, aux territoires et aux différents décideurs sur le terrain. Vous avez participé aux efforts visant à réduire le fardeau administratif et toutes les choses que nous entendons au sujet de l'industrie. Parfois, nous entendons l'industrie se plaindre de ce fardeau au Canada et du fait qu'il l'empêche de progresser. Je me demandais si vous pourriez parler de cela un peu.

• (1135)

M. Brian O'Rourke: Madame la présidente, il y a probablement deux choses que j'aimerais dire à ce sujet. Tout d'abord, il y a, encore une fois, le Programme commun d'évaluation des médicaments. Lorsqu'il a été établi, toutes les provinces et les programmes fédéraux responsables de la prestation de soins de santé avaient en place leur propre système. Depuis les quelque 10 ans que le Programme commun d'évaluation des médicaments est en place, des analyses indépendantes ont révélé que nous avons réduit la quantité de chevauchements et que nous avons véritablement accéléré l'accès à certaines de ces technologies novatrices. Ce sont des progrès formidables au chapitre des médicaments.

L'une des recommandations découlant de l'examen mené par le comité en 2007 tenait aux examens prioritaires et à la façon dont nous pourrions rationaliser le processus pour des nouveaux

médicaments considérés comme une découverte ou des premiers médicaments de leur classe. Nous avons effectivement eu d'excellentes discussions avec nos collègues de Santé Canada sur les façons dont nous pourrions rationaliser cela.

Habituellement, Santé Canada mène son examen des risques par rapport aux avantages, et, lorsque le ministère donne son autorisation de mise sur le marché, alors le fabricant nous présente une soumission. Nous ne commençons pas à travailler avant l'obtention de cette autorisation de mise sur le marché.

Quant aux médicaments faisant l'objet d'un examen prioritaire qu'a mentionnés ma collègue, nous entamons maintenant notre processus de deux à trois mois avant l'autorisation de mise sur le marché. Il y a une sorte de programme d'avis préalable de conformité. Nous avons d'abord assorti cela de certains critères. Il fallait démontrer que le médicament présentait d'importants avantages ou d'importants problèmes relatifs à la sécurité ou qu'il entraînait d'importantes économies pour les provinces. Nous venons de déterminer que nous aimerions retirer ces critères et laisser le fabricant faire une telle déclaration à sa discrétion. S'il aimerait que nous entreprenions notre examen en même temps que l'examen de Santé Canada — pas exactement en même temps, mais durant le processus —, c'est son choix. Cela nous a beaucoup aidés et a aussi été très avantageux pour les promoteurs.

M. Colin Carrie: J'avais une question, par simple curiosité. Vous avez mentionné le Programme commun d'évaluation des médicaments et vous avez dit: « Tout le monde sauf le Québec ». Ensuite, vous avez ajouté quelque chose d'autre au sujet de l'innovation et des technologies et vous avez dit: « sauf le Québec ». Je me demandais pourquoi.

M. Brian O'Rourke: C'est probablement une question qu'il vaudrait mieux adresser à nos collègues du Québec. Ils ont leur propre organisme, l'Institut national d'excellence en services sociaux. Il accomplit un travail très semblable au nôtre. Nous avons aussi conclu un protocole d'entente avec cet organisme, alors nous effectuons certains travaux en collaboration. Nous regardons toujours les rapports de l'autre pour s'assurer qu'il y a une certaine uniformité.

M. Colin Carrie: Est-ce que les provinces ont toutes leur propre forme de processus décisionnel à ce chapitre, compte tenu de la compétence et de ces choses-là?

M. Brian O'Rourke: Toutes les provinces ont toujours leur propre processus décisionnel. Nous ne sommes pas l'organisme décisionnaire. Nous formulons les recommandations à leur intention, mais nous les avons soustraites à l'obligation de commander ce grand examen.

M. Colin Carrie: Excellent, merci beaucoup.

Docteur Beaudet, vous avez parlé de différents investissements. Je vous suis reconnaissant du rôle de leadership que vous assumez aux IRSC. Vous avez donné des exemples d'innovation à l'Université Ryerson et à l'Université Dalhousie. Vous disiez qu'il était question non seulement des nouveaux outils et gadgets, mais aussi du commerce au pays. Je me demandais comment ces investissements dans les nouvelles technologies contribuaient à la reprise économique du Canada et à la création de la richesse et d'emplois. Nous investissons en sciences et en recherche, mais, au bout du compte, nous en retirons des emplois de bonne qualité. Pourriez-vous nous donner des détails à ce sujet?

Dr Alain Beaudet: Certes. Cela contribue à créer des emplois à bien des échelons. Par exemple, on commence par la subvention. Comme vous le savez, nous octroyons des subventions d'une valeur de plus de 900 millions de dollars chaque année. Ces subventions rémunèrent des personnes. Elles rémunèrent des étudiants et des diplômés. Elles rémunèrent des chercheurs professionnels qui travaillent dans le cadre de projets de recherche. En réalité, les éléments consommables ne représentent que 20 p. 100 de nos subventions. Il s'agit en soi d'une entreprise de création d'emplois.

De plus, comme vous le savez bien, dans de nombreux cas, ces découvertes entraînent la création de nouvelles entreprises, comme je l'ai expliqué avec l'exemple de l'Université Ryerson. Ces nouvelles entreprises apportent des capitaux et créent de l'emploi. Elles profitent clairement à notre économie. Nous avons entendu dire des intervenants de nombreux secteurs que nous devons favoriser une meilleure collaboration entre l'industrie et le secteur universitaire pour que l'industrie puisse assumer la direction à un certain moment et qu'elle investisse davantage en R et D, qui, comme vous le savez, est l'une des faiblesses au pays. De toute évidence, cela entraîne aussi la création d'emplois.

Sur le plan économique, nous devons absolument tenir compte d'un fait très important: une population en bonne santé est une population productive. La productivité est un enjeu de taille au Canada. Je peux vous dire que le jour où nous aurons réussi à maîtriser la santé mentale au travail et les douleurs lombaires, nous aurons accru la productivité dans une très large mesure, et cela aura des retombées économiques.

• (1140)

M. Colin Carrie: En ma qualité de chiropraticien, je suis ravi d'entendre cela.

Dr Alain Beaudet: Je savais que cela vous plairait.

M. Colin Carrie: Je sais de quoi vous parlez.

Me reste-t-il du temps pour poser une autre brève question au sujet de la nanotechnologie?

La présidente: Non, il ne vous en reste pas, monsieur Carrie. J'en suis désolée.

Je vous remercie énormément de vos questions, monsieur Carrie, et de vos réponses, docteur Beaudet.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Duncan. Bienvenue à la séance du comité, madame Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Étobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente. Je suis heureuse d'être ici et de voir tout le monde. Merci aux témoins. Merci d'avoir parlé de vos travaux de recherche captivants.

Je remplace quelqu'un aujourd'hui, alors je ne connais pas le contexte. Je sais qu'aujourd'hui est le premier jour de l'étude. Je vais poser des questions au sujet de l'innovation de façon plus générale, pas seulement de l'innovation technique.

Madame Sabourin, en 2010, la FDA a introduit l'étiquetage en langage clair pour les étiquettes et les monographies de médicament. Santé Canada parle d'introduire une politique semblable depuis 2000. Je me demande quand l'organisation va passer à l'action.

Mme Barbara Sabourin: L'étiquetage en langage clair est certainement une des initiatives que nous essayons de faire progresser. À notre avis, cela est important pour tous les Canadiens car il importe que tous les Canadiens comprennent les risques et les avantages des produits qu'ils consomment. Il s'agit d'une initiative

qui figure sur la feuille de route sur la modernisation de la réglementation dont j'ai parlé plus tôt. Elle est à la première étape, alors nous essayons de faire progresser la chose assez rapidement du point de vue de la réglementation.

Mme Kirsty Duncan: Pourriez-vous me donner un échéancier, s'il vous plaît?

Mme Barbara Sabourin: Il est très difficile de vous donner un échéancier complet des processus de réglementation, car ils sont soumis au processus officiel du gouvernement du Canada, à savoir la Partie I de la *Gazette du Canada*, puis la Partie II de la *Gazette du Canada*.

Je crois comprendre que nous espérons avoir publié quelque chose dans la Partie I de la *Gazette du Canada* — si je ne m'abuse — cet automne, ce qui signifie avant décembre, mais je préfère ne pas vous donner de dates exactes de peur de me tromper. Je dirais même que, d'ici la fin de juin, nous aurons publié quelque chose dans la Partie I de la *Gazette du Canada*. Notre processus normal est de publier l'article tout d'abord, comme vous le savez, pendant 75 jours à des fins de commentaires, puis d'analyser les commentaires et de republier dans la Partie II de la *Gazette du Canada*.

Mme Kirsty Duncan: C'est parfait.

Mme Barbara Sabourin: Dans de pareils...

Mme Kirsty Duncan: Non, c'est parfait. Merci.

Mme Barbara Sabourin: Si vous permettez...

Mme Kirsty Duncan: Je vais passer à autre chose. Merci.

Mme Barbara Sabourin: D'accord.

Mme Kirsty Duncan: La FDA et l'Agence européenne des médicaments rendent maintenant publiques les études qui étaient leur approbation d'un médicament. Je me demande quand Santé Canada en fera autant.

Mme Barbara Sabourin: Cela tient à l'ouverture et à la transparence de la part de notre ministère et plus précisément de notre direction générale. Nous avons effectivement un certain nombre d'initiatives à mettre de l'avant à ce chapitre. À l'heure actuelle, nous mettons déjà à la disposition du public les monographies de produit pour chaque médicament approuvé. Elles figurent sur le site Web de Santé Canada. Ces documents résument les conditions d'utilisation et les risques et avantages du produit particulier.

De plus, nous donnons accès à ce qui s'appelle un sommaire des motifs de décision pour nombre des médicaments et instruments médicaux approuvés dans le cadre du processus d'examen prioritaire. Ces documents se veulent un complément de la monographie du produit et résument les motifs qui fondent notre décision d'approuver le produit.

Dès septembre, nous...

Mme Kirsty Duncan: Madame Sabourin, je suis au courant de cela. Je vous ai posé une question très précise. Je me demande si vous pouvez répondre à cette question très précise, s'il vous plaît.

Mme Barbara Sabourin: Je m'excuse, pourriez-vous répéter cette partie?

Mme Kirsty Duncan: La FDA et l'Agence européenne des médicaments mettent maintenant à la disposition du public les études qui étayent leur approbation d'un médicament. Je vais vous mettre en contexte. Depuis mai, j'essaie de trouver de l'information au sujet du processus d'examen du médicament Gilenya. On m'a promis une séance d'information. Ensuite, le 3 juillet, le cabinet de la ministre de la Santé m'a téléphoné pour me demander de retirer ma question inscrite au *Feuilleton* afin d'avoir la séance d'information. J'ai refusé, et on allait communiquer de nouveau avec moi le 4 juillet au sujet de la séance d'information promise. Le 23 août, j'ai appris que l'examen était terminé.

Les gens aimeraient vraiment comprendre, surtout lorsqu'il y a des risques associés à certains médicaments, comment est prise la décision. Santé Canada prendra-elle des dispositions en ce sens?

• (1145)

Mme Barbara Sabourin: Je ne pourrai pas parler des particularités du dossier Gilenya. Je suis désolée, mais je ne dispose pas de cette information en ce moment.

Ce que je peux vous dire, c'est que les préoccupations liées à la prise de connaissance des motifs qui sous-tendent une décision sont la raison pour laquelle nous avons entrepris la deuxième étape du projet de sommaire des motifs de décision, et nous espérons que cela répond aux besoins des Canadiens.

Quant à la FDA, je crois comprendre que certains renseignements sont publiés en vertu d'un instrument équivalent à la Loi sur l'accès à l'information et à la Loi sur la protection des renseignements personnels. Il y a un processus qui permet la diffusion de ces choses sur un site Internet public. Au Canada, les gens peuvent aussi présenter une demande en vertu de la Loi sur l'accès à l'information. À notre avis, les gens ont accès à l'information de façon raisonnablement équivalente.

En ce qui concerne...

La présidente: Merci.

Je m'excuse. Votre temps est presque écoulé.

Maintenant, passons...

Mme Kirsty Duncan: Je croyais disposer de sept minutes.

La présidente: Je suis désolée, vous pouvez finir. Il vous reste encore deux minutes. J'ai fait une erreur; toutes mes excuses.

Mme Kirsty Duncan: Excusez-moi, madame Sabourin, je vais passer à autre chose. C'est bien. Vous m'avez donné quelque chose qui me permet au moins de comprendre la justification.

J'aimerais poser encore une question. Vous ne pourrez peut-être pas répondre, mais je me demande pourquoi Santé Canada a approuvé la dénervation rénale chirurgicale dans le cadre de ses programmes d'accès aux soins, alors que la seule étude portant sur la sécurité et l'efficacité était financée par la société même qui fabrique les cathéters de 6 000 \$ utilisés pour l'intervention.

Mme Barbara Sabourin: Tout ce que je peux vous dire, c'est que la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada approuve les produits. Elle n'approuve pas les procédures médicales. Je ne connais pas les détails qui entourent ce dossier; toutefois, nous nous serions penchés sur tout produit particulier qui ferait l'objet d'une pareille allégation. Nous pouvons faire des démarches pour jeter un coup d'oeil à ce dossier particulier.

Mme Kirsty Duncan: Fantastique. Si vous pouviez nous déposer la documentation ou m'envoyer directement l'information, j'en serais reconnaissante.

Quelle est la réglementation fédérale qui régit l'emploi non conforme à l'étiquetage d'un instrument médical déjà approuvé au Canada?

Mme Barbara Sabourin: L'emploi non conforme à l'étiquetage n'est pas mentionné de façon explicite dans la Loi sur les aliments et drogues ni dans ses règlements d'application. Cette question relèverait de la pratique de la médecine, qui est du ressort des provinces.

Pour faire inscrire des données sur les étiquettes, les fabricants doivent soumettre l'information à l'appui des risques et des avantages et des allégations qu'ils souhaitent présenter, et nous évaluons cette information, alors je ne peux rien dire sur le sujet.

Mme Kirsty Duncan: Merci.

La présidente: Nous allons maintenant passer à M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci, madame la présidente.

Docteur Beaudet, vous avez cerné les deux choses qui m'empêchent véritablement d'atteindre l'excellence, à savoir la santé mentale et la douleur lombaire. Je vous en remercie.

Vous avez parlé d'un certain nombre de différents éléments que vous étudiez et d'un certain nombre de subventions diverses accordées aux chercheurs d'un océan à l'autre. Quel pourcentage de vos travaux de recherche sont de la recherche appliquée — à tout le moins ce que moi j'appellerais la recherche appliquée —, lorsqu'on cerne un enjeu et que l'industrie, le milieu universitaire et le gouvernement peuvent travailler en collaboration à cet égard?

Quel pourcentage serait ce que j'appelle de la recherche purement scientifique, où on essaie de réparer quelque chose ou de régler un problème, parfois sur de nombreuses années?

Pouvez-vous nous le dire?

Dr Alain Beaudet: Tout d'abord, c'est de la terminologie. La recherche purement scientifique représente environ 70 p. 100 de notre budget; nous qualifions d'ouvert 70 p. 100 de notre budget. Autrement dit, cette part tient à l'esprit d'initiative de l'investigateur. Que le meilleur gagne, c'est-à-dire celui qui a la meilleure idée ou le meilleur esprit. C'est entièrement ouvert. Vous présentez vos meilleures idées; cela n'exclut pas nécessairement la recherche appliquée.

Très souvent, on croit que, si la science est ouverte, elle est fondamentale. Pas nécessairement. Si nous regardons les projets que nous finançons par l'intermédiaire de notre compétition pour les subventions ouvertes, que vous appelez la recherche purement scientifique, il y a des travaux de recherche très fondamentale, mais aussi des travaux de recherche très appliquée.

De plus, nous avons un certain nombre d'investissements stratégiques qui peuvent se rattacher à la recherche appliquée. Cela compte pour les quelque 30 p. 100 restants, bien que certains de nos investissements stratégiques visent également des travaux de recherche plus fondamentale. Nous ne pouvons pas assimiler ce que nous appelons des démarches descendantes ou stratégiques à des travaux entièrement appliqués, par opposition au reste, entièrement fondamental.

Par l'intermédiaire de nos investissements stratégiques, nous essayons souvent d'encourager les partenariats avec l'industrie. Par exemple, dans certains cas, nous avons un programme avec le CRSNG entièrement axé sur la recherche appliquée et la recherche découlant de la collaboration entre le volet biologique et les ingénieurs.

• (1150)

M. Ben Lobb: D'accord.

Je crois que le nombre que vous avez mentionné était 900 millions de dollars par année. C'était bien 900 millions de dollars par année?

Dr Alain Beaudet: C'est exact. Notre budget total est de 1 milliard de dollars, et la part attribuée aux subventions...

M. Ben Lobb: Est-il juste de dire que 250 ou 260 millions de dollars seraient attribués à la recherche appliquée, alors?

Dr Alain Beaudet: Encore une fois, je ne parlerais pas de recherche appliquée.

M. Ben Lobb: D'accord. De cette somme, quelle est la proportion qui vous permet d'aller chercher des fonds de contrepartie lorsque d'autres joueurs dans l'industrie sont prêts à... Est-ce l'une de vos pratiques? Je sais que, dans l'industrie automobile, on fait cela.

Dr Alain Beaudet: C'est l'une de nos pratiques, et nous le faisons de plus en plus.

Par exemple, vous aurez peut-être vu l'annonce de la semaine dernière concernant le financement de contrepartie des 12,5 millions de dollars obtenus d'un donateur privé attribué à un réseau de recherche clinique dans le domaine de la santé mentale chez les adolescents. Il s'agit réellement de fonds de contrepartie 50-50. Nous investissons 12,5 millions de dollars, et le donateur investit 12,5 millions de dollars.

Nous obtenons de l'argent de partenaires industriels pour différents types de programmes. Nous obtenons de l'argent d'organismes caritatifs pour d'autres types de programmes. En tout et partout, nous essayons de créer des partenariats et d'offrir un financement de contrepartie fédéral pour tous les travaux de recherche stratégiques, la recherche ciblée.

M. Ben Lobb: J'avais une autre question pour Mme Sabourin. À la page 3 de votre mémoire, vous parlez de la durée de l'examen prioritaire qui est maintenant de 45 jours au lieu de 90. Est-ce que tout est classé dans la catégorie de l'examen prioritaire ou y a-t-il différentes intensités d'examen? L'examen prioritaire me semble être le traitement le plus rapide. Ces choses font-elles l'objet d'un triage?

Quel serait un terme autre qu'examen prioritaire? Que trouverait-on plus bas dans l'échelle? Dans quelle catégorie classeriez-vous cela et combien de jours prendrait l'examen?

Mme Barbara Sabourin: Le processus d'examen prioritaire s'applique aux produits pour lesquels on a solidement établi l'existence d'avantages considérables pour le traitement de maladies graves, mettant la vie en danger ou gravement dégénératives. Voilà les cas à intensité élevée.

M. Ben Lobb: Comment présente-t-on cette allégation? Si j'ai un produit qui, selon moi, devrait faire l'objet d'un examen prioritaire, qu'est-ce que je fais pour vous en convaincre?

Mme Barbara Sabourin: Nous avons sur notre site Web tout un processus établi exposant les lignes directrices sur la façon de procéder. Ce qui arrive, c'est que le fabricant met au point une trousse conforme à nos exigences liées à ces critères, ce qui déclenche une rencontre.

M. Ben Lobb: Quelle serait la durée du processus préalable à l'examen prioritaire?

Mme Barbara Sabourin: Ces trousse sont assujetties à une période d'examen de 30 jours. Généralement, nous rencontrons le fabricant aussi à ce moment-là et soulevons toutes nos considérations. Je parle des médicaments; je connais mieux les échéanciers

exacts. Ensuite, le fabricant s'engage à déposer sa présentation dans un certain délai, entre notre décision de lui accorder le statut prioritaire et le moment où il présente la trousse.

En général, l'entreprise n'est pas tenue de se présenter à un moment particulier après la rencontre préalable à la soumission. Ensuite, nous entamons le processus.

M. Ben Lobb: Combien d'instruments font l'objet d'un examen prioritaire chaque année? Quelle quantité et quel pourcentage des présentations? Est-ce que 50 instruments font l'objet d'un examen prioritaire chaque année? Combien?

Mme Barbara Sabourin: Non, la proportion est bien inférieure à 5 p. 100 pour nous.

M. Ben Lobb: Cinq pour cent obtiennent un examen prioritaire?

• (1155)

Mme Barbara Sabourin: Oui.

Encore une fois, je m'excuse. Je connais le volet des médicaments, mais il y a des politiques équivalentes dans les deux volets.

L'an dernier, dans le volet des médicaments, nous avons obtenu environ 14 demandes d'examen prioritaire. De ce nombre — et j'additionne dans ma tête —, nous en avons accepté six. Les huit autres ont été rejetées.

M. Ben Lobb: J'ai une dernière question.

Le budget provincial pour les soins de santé en Ontario est de 48 milliards de dollars, presque 40 p. 100 du budget total de la province en soins de santé. De toute évidence, la prestation de soins de santé représente un énorme coût pour toutes les provinces, que ce soit sous la forme de transferts ou autres.

Que faites-vous, ou que pouvez-vous faire, pour aider à réduire les coûts de la prestation de soins, pour trouver de nouvelles façons? Vous avez parlé de la recherche, mais aussi de la prestation de soins.

La présidente: Je m'excuse, le temps est écoulé, alors, je vous demanderais de répondre brièvement, s'il vous plaît.

Mme Barbara Sabourin: D'accord.

Nous faisons deux ou trois choses. J'ai déjà parlé du processus d'examen prioritaire, lorsque nous croyons que quelque chose est réellement susceptible de contribuer aux soins de santé et aux résultats pour la santé des Canadiens. Nous approuvons aussi les produits génériques. Nous le faisons conformément aux exigences relatives au brevet et à l'exclusivité commerciale des produits de marque. En général, les produits génériques sont des versions beaucoup moins coûteuses des produits mis au point par des innovateurs.

La présidente: Je sais que je vous coupe la parole, mais nous avons eu de très bonnes réponses. Si le comité me le permet, docteur Beaudet, je crois que vous vouliez dire quelque chose.

Dr Alain Beaudet: Je tiens à signaler que nous collaborons très étroitement avec les provinces pour établir ce que nous appelons la stratégie de recherche axée sur le patient. Nous voulons mettre au point des mécanismes à l'appui de travaux de recherche axés sur ce que nous appelons de la recherche interventionnelle — à l'appui des interventions et évaluant les interventions — et intégrer à ces évaluations un aspect économique sain pour nous assurer que, en plus d'aider les provinces à faire les bons choix en matière d'interventions employées et remboursées, nous nous assurons de mettre fin aux pratiques qui ne fonctionnent pas.

La présidente: Je dois vous interrompre ici. Merci beaucoup.

Nous allons passer à notre série de questions et réponses de cinq minutes. Commençons par M. Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Sabourin, j'ai une question pour vous.

Sur votre portail Internet, vous offrez un service de santé électronique pour les collectivités autochtones et inuites. Pouvez-vous nous parler davantage des services offerts par l'entremise de ce portail Internet?

Mme Barbara Sabourin: Je suis désolée.

[Traduction]

Je ne peux pas vous donner l'information que vous cherchez. Je représente la direction générale responsable de la réglementation, qui traite de la réglementation des produits de santé et des aliments.

M. Dany Morin: D'accord.

Dans ce cas, ma question s'adresse au Dr Beaudet.

[Français]

Un peu plus tôt, vous avez parlé de médecine personnalisée et d'identifier les biomarqueurs qui pourraient aider les patients.

Par exemple, avant son décès, mon grand-père souffrait d'Alzheimer. Pouvez-vous nous donner des exemples concrets, pour un patient qui souffre ou qui pourrait potentiellement souffrir d'Alzheimer? Quel serait le processus et de quelle façon cela pourrait-il être mis en oeuvre?

Dr Alain Beaudet: Je vais vous donner un exemple très clair. Certains cancers du sein, par exemple, expriment à leur surface certains récepteurs qu'un médicament peut cibler. Ce n'est pas le cas pour tous les cancers du sein, mais ce l'est pour certains types de tumeurs. Si ces tumeurs expriment le récepteur, elles vont répondre très favorablement à la drogue et vont être détruites par le médicament.

Le problème est qu'on ne veut pas donner ces médicaments à tout le monde. Si on le faisait, cela coûterait très cher. De plus, une grande partie des patients n'ont même pas le récepteur permettant de réagir aux médicaments. Dans de tels cas, on aurait tous les effets secondaires du médicament sans en avoir un seul bienfait.

L'idée de la médecine personnalisée est de stratifier les patients, de s'assurer qu'on développe des médicaments qui sont beaucoup mieux ciblés pour certains types de patients qui ont un certain type d'antécédents génétiques et qui vont être sensibles à ce traitement. On s'assure ensuite, avec des tests génétiques en parallèle dans ce qu'on appelle la pharmacogénomique, de traiter chaque patient selon sa capacité de répondre. On ne traite pas certains patients qui auraient tendance — à cause de leur génétique — à avoir des effets secondaires plus marqués. Il faut donc diminuer les effets secondaires, cibler le traitement et augmenter, évidemment, la capacité du traitement.

• (1200)

M. Dany Morin: Pouvez-vous nous parler des difficultés à mettre en oeuvre à la grandeur du Canada cette belle innovation?

Dr Alain Beaudet: On est au tout début de cette démarche. On commence déjà à la mettre en oeuvre pour le cancer, en particulier. On commence à voir plusieurs cancers pour lesquels on a des biomarqueurs où on sait que telle tumeur va répondre à telle drogue. Par conséquent, on peut donner telle drogue au patient qui a le biomarqueur en question. On pense pouvoir développer cette

approche de façon beaucoup plus large pour un très grand nombre de médecines et, à cet égard, la recherche en est encore à ses premiers balbutiements.

Vous parliez de la maladie d'Alzheimer. On ne peut pas parler encore de médecine personnalisée pour la maladie d'Alzheimer, parce qu'on ne comprend pas encore quels sont les mécanismes de base qui sont responsables de la neurodégénérescence qu'on voit dans la maladie d'Alzheimer. Quand on comprendra ces mécanismes, qu'on saura quel est le profil génétique qui est responsable ou qui est prédéterminant, on pourra avoir des traitements plus adaptés.

M. Dany Morin: Je vous remercie.

Je change légèrement de sujet. Parlons du budget de votre institut de recherche, qui va subir des réductions de 15 millions de dollars au cours des trois prochaines années. Jusqu'à quel point ces compressions vont-elles affecter le bon travail que vous faites?

Dr Alain Beaudet: Soyons clairs, notre budget de subventions et de bourses a bel et bien été réduit cette année de 15 millions de dollars, mais le gouvernement a réinvesti 15 millions de dollars dans notre budget pour la stratégie de recherche axée sur le patient. Par conséquent, notre budget de subventions et de bourses a été totalement protégé dans le cadre du dernier budget.

Vous avez raison, des compressions additionnelles de 15 millions de dollars sont prévues pour l'an prochain. On verra quel sera le budget l'an prochain.

M. Dany Morin: Je crois que, pour les compressions planifiées pour 2012-2013, on parle de 15 millions de dollars pour votre institut de recherche, 30 millions de dollars pour 2013-2014 et un autre 30 millions de dollars pour 2014-2015.

Dr Alain Beaudet: Il s'agissait de 15 millions de dollars récurrents, et cette perte a été compensée de façon récurrente. L'an prochain, ce n'est plus 30 millions de dollars, mais bien 15 millions de dollars. Cette perte de 15 millions de dollars sera peut-être compensée. On le verra dans le prochain budget.

M. Dany Morin: Je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Morin.

En ce qui concerne votre première question, le 25 octobre, nous accueillerons la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et vous pourrez peut-être lui réserver cette question.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Le sujet à l'étude est certainement stimulant. Je suis actif dans le domaine du diabète insulino-dépendant et je me souviens d'avoir entendu les statistiques sur les économies en coûts de santé que permet de réaliser la nouvelle technologie, qu'il s'agisse d'un système de surveillance de la glycémie — on dit qu'il permet d'économiser jusqu'à 150 millions de dollars — ou du nouveau pancréas artificiel qu'on a mis à l'essai à Hamilton et à Waterloo. La nouvelle technologie peut complètement transformer notre système de santé. Le fait que le comité puisse se pencher sur cet enjeu est fantastique.

Je me souviens que, il y a quelques années, on a fait une annonce sur les organismes caritatifs neurologiques au Centre MaRS. Nous y avons fait une visite, et je me souviens d'avoir pensé qu'il s'agissait d'une entreprise absolument merveilleuse. Pourriez-vous parler de certaines nouvelles technologies sur lesquelles on travaille au Centre MaRS?

Dr Alain Beaudet: Au Centre MaRS, nous nous penchons tout d'abord sur le domaine de la recherche sur le cerveau et des nouvelles technologies en neuroscience.

Le Canada réussit bien partout. Nous sommes parmi les pays qui publient les ouvrages qui ont la plus grande incidence dans ce secteur; et, dans certains domaines — la recherche sur la douleur, par exemple —, nous nous classons au premier rang. Pour en revenir à la question, il ne fait aucun doute que le cerveau est un domaine où un certain nombre de nouvelles technologies changeront les choses de façon importante dans les années à venir. Vous faites probablement allusion aux nouvelles technologies d'imagerie, qui ont totalement changé la façon dont nous diagnostiquons toute une diversité de troubles du cerveau, allant de la sclérose en plaques aux tumeurs cérébrales, et aussi la façon dont nous nous y prenons pour traiter certains troubles comme les AVC chez des patients.

Pour vous donner un exemple, les IRSC, de concert avec la Fondation canadienne pour l'innovation, viennent tout juste de commander une étude sur les répercussions économiques d'une procédure d'imagerie très simple, une TDM de perfusion. Nous examinons des patients qui ont subi un AVC et examinons l'impact de cette technologie, qui nous aide à déterminer si un médicament permettra de dissoudre le caillot ou si l'AVC devrait être traité par une autre méthode.

Grâce à cette technologie d'imagerie, nous avons pu améliorer le résultat d'un AVC chez un grand nombre de patients, et les retombées économiques sont tout simplement spectaculaires. Pour vous donner une idée, le rendement du capital investi oscille entre 89 et 130 p. 100 pour cette technologie seulement. Je parle de l'investissement conjoint des IRSC et de la FCI. Le rendement économique qui s'en dégage pour le système de santé est phénoménal, au chapitre des retombées économiques nettes et des années de survie ajustées pour la qualité de vie chez les Canadiens ayant subi un AVC. Parlez-moi d'un investissement qui me donnera un rendement de 89 à 130 p. 100 de nos jours, et j'en serai très heureux.

• (1205)

M. Patrick Brown: C'est incroyable, c'est sûr.

Je sais que nous avons consacré beaucoup d'argent aux échelons provincial et fédéral dans la cybersanté et les dossiers électroniques. Je me demande où on en est rendu dans ces dossiers. Quand je vais voir mon médecin de famille ou que je vais à l'hôpital local, tout est encore sur support papier. Je crois savoir que les provinces n'en sont pas toutes à la même étape de numérisation des dossiers. Nous avons fait du progrès dans de nombreux domaines, comme celui que vous venez de mentionner et le diabète. Je ne comprends pas pourquoi, d'un côté, je peux, avec mon iPad ou mon téléphone cellulaire, changer la température chez moi ou activer mon système de sécurité, mais que dans le système de santé, on n'est toujours pas capable de synchroniser les dossiers de santé.

Dr Alain Beaudet: Écoutez, vous avez tout à fait raison. Nous sommes en retard. Acceptons-le, admettons-le et faisons quelque chose. Je ne crois pas que ce soit une question de recherche. Je crois que nous avons la technologie nécessaire. Nous finançons beaucoup de nouvelles technologies intéressantes, par exemple, l'utilisation de nouvelles applications pour avoir accès aux dossiers de santé ou de contrôle de la pression artérielle. Le problème, c'est le délai entre les découvertes et leur mise en application dans le système de santé. C'est encore un assez gros problème. Il est évident que nous devons appuyer davantage ce que nous appelons des initiatives de transfert

des connaissances, pour que ces découvertes donnent lieu à des utilisations concrètes, parce que c'est la médecine de demain.

La présidente: Merci, docteur Beaudet.

Merci d'avoir posé la question, monsieur Brown.

Nous allons passer à M. Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente, et, par le fait même, merci à nos invités. La discussion est très intéressante aujourd'hui.

Durant l'été de 2011, j'ai pu visiter les locaux de MDA, dans la région de Toronto, pour voir le Canadarm, bien sûr, mais aussi pour voir de quelle façon la technologie est maintenant mise à profit dans de nouveaux appareils chirurgicaux. J'imagine que c'est ce qu'on appelle des appareils chirurgicaux robotisés. C'était très fascinant.

Une des choses qui me sont venues à l'esprit tandis que je regardais tout ça, c'était la question de savoir si les types de compétences nécessaires aux ressources humaines dans notre système de santé changent en raison de certaines des innovations et des nouveaux appareils accessibles.

Docteur Beaudet, je me demande si vous constatez que les nouvelles technologies ont un impact sur les exigences au sein du système de santé en matière de ressources humaines? Y a-t-il une tendance générale à cet égard? Y a-t-il un processus de rétroaction touchant les facultés de médecine, etc., qui leur permet de savoir que de nouvelles technologies s'en viennent et que de nouvelles compétences sont requises?

• (1210)

Dr Alain Beaudet: En fait, vous abordez un sujet très important, c'est-à-dire de quelle façon nous nous adaptons à ces nouvelles technologies et l'aspect humain du processus d'adaptation.

Le type de recherche que nous finançons vise uniquement la découverte de nouvelles technologies et, selon moi, nous n'en faisons pas suffisamment pour déterminer la façon de nous adapter aux nouvelles technologies. Nous réalisons maintenant plus de recherches à caractère social. Il faut aussi se demander en quoi les pratiques changeront. Que faut-il faire pour que les professionnels de la santé actuels modifient leurs pratiques et leurs façons de faire? Pour qu'ils acceptent et adoptent ces technologies?

C'est ce qu'on appelle de la recherche sur la mise en oeuvre, et, en fait, ça se rapproche de la psychologie comportementale. Selon nous, il est important de financer davantage de recherches de ce type afin d'être plus en mesure d'utiliser ces nouvelles technologies, mais aussi, parfois, de modifier des pratiques actuelles courantes, comme la façon de désinfecter un cathéter central. On a beau savoir que tous les ouvrages disent que la façon actuelle de procéder n'est pas bonne, il est tout de même difficile de modifier les pratiques pour qu'elles soient conformes en raison du facteur humain.

Grâce à notre stratégie de recherche axée sur le patient, toujours en collaboration avec les provinces, nous mettons beaucoup l'accent sur le soutien de recherches sur la mise en oeuvre et de recherches translationnelles, qui nous permettront de mieux définir la façon dont il faut utiliser ces innovations et modifier les pratiques.

C'est essentiel, parce que, en raison du facteur humain, ce n'est pas aussi facile que ça en a l'air.

M. Matthew Kellway: Dans le cas de MDA, un médecin est assis derrière un panneau de verre. Il manipule un levier de commande et procède à une intervention chirurgicale, plutôt que d'utiliser une autre méthode. J'ai trouvé le processus fascinant.

Les autres témoins ont-ils quelque chose à dire sur la question de la technologie et la modification des pratiques?

Mme Barbara Sabourin: J'aimerais ajouter que cela nous rappelle que nos évaluateurs doivent eux aussi être au fait des nouvelles percées. On pourrait, par exemple, s'assurer qu'ils ont accès à des experts dans les divers domaines. Nous ne pourrions tout simplement pas, et nous ne devrions pas non plus, embaucher tous les meilleurs experts afin qu'ils procèdent aux évaluations. Nous les voulons sur le terrain, en train de traiter des patients.

Nous bénéficions d'un ensemble de comités consultatifs composés d'experts des divers domaines. Nous pouvons ainsi avoir accès à l'expertise nécessaire pour réaliser les évaluations.

M. Brian O'Rourke: C'est certainement un élément dont nous tenons compte lorsque nous évaluons une nouvelle technologie ou une technologie existante, simplement pour nous assurer que le facteur humain dont il a été question garantira l'utilité de la technologie dans le système. Vous avez mis le doigt sur quelque chose d'important, soit les champs d'activité et à qui s'adressent ces nouvelles technologies et ces nouvelles percées.

Certaines provinces ont commencé à modifier les champs d'activité pour permettre à d'autres professionnels de réaliser certaines activités qui, avant, relevaient uniquement des médecins, par exemple.

M. Matthew Kellway: Merci.

Rapidement, docteur Beudet, vous réussissez à brosser un portrait très intéressant, pas seulement du potentiel de ce type de recherche de réduire les coûts des soins de santé, mais aussi du genre d'effet économique multiplicateur qui en découle.

La question consiste à déterminer si nous maximisons notre capacité de le faire et, dans la négative, il faut déterminer comment tirer pleinement profit de l'arrivée des nouvelles technologies.

Dr Alain Beudet: Je crois que mon collègue, Brian, pourrait aussi répondre à cette question. Évidemment, nous essayons de maximiser notre capacité. Est-ce le cas actuellement? Non. Les statistiques actuelles révèlent qu'entre 25 et 30 p. 100 des actes médicaux et des essais en laboratoire réalisés actuellement dans le système de santé sont, en fait, inutiles, voire néfastes. Pour arriver à maximiser notre capacité, nous devons arrêter de faire un certain nombre de choses. C'est bien de créer de nouvelles technologies...

La présidente: Docteur Beudet, je suis désolée. Le temps est écoulé.

Dr Alain Beudet: Désolé.

La présidente: Nous allons passer à M. Strahl. Monsieur, la parole est à vous.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Je tiens à remercier les témoins de leurs exposés.

Il a été question de santé mentale, et ça semble être lié à chaque étude réalisée jusqu'à présent. Que ce soit des maladies chroniques ou d'autres types de maladie, il semble toujours y avoir une composante liée à la santé mentale. Selon moi, c'est une bonne chose que nous en discutons ici; cela fait partie intégrante de notre travail.

Cette semaine, j'ai assisté à la cérémonie de remise des Prix nationaux en santé mentale créée à l'occasion du cinquième anniversaire de la Commission de la santé mentale du Canada. On y a souligné un certain nombre d'innovations intéressantes en matière de programmes sociaux.

Y a-t-il des innovations technologiques qui visent la santé mentale? S'il y a des exemples de telles innovations, pouvez-vous en parler au comité?

• (1215)

Dr Alain Beudet: Absolument, il y en a. Déjà, nous commençons à mieux comprendre, grâce à la génétique, en fait, certaines prédispositions génétiques liées à la santé mentale. Grâce à l'épigénétique, nous commençons à comprendre de quelle façon l'environnement — les événements extérieurs — agit sur le génome et modifie chimiquement l'ADN. Lorsque je dis environnement, je ne parle pas uniquement de l'environnement physique ou des toxines auxquelles on peut être exposé, je parle de l'environnement psychologique, comme l'amour maternel, par exemple. Ces éléments modifient l'expression des gènes. Ça joue un rôle crucial dans la santé mentale. Nous commençons à découvrir ce qui relève de la constitution génétique, ce qui relève partiellement du domaine génétique, mais qui est aussi en partie acquis grâce à nos expériences environnementales, ce qui constitue aussi un facteur crucial, et les choses qui découlent du développement et les autres éléments, qui créent des déséquilibres chimiques. Évidemment, modifier des déséquilibres chimiques est plus facile qu'effacer les répercussions d'un événement, souvent d'origine génétique, qui a provoqué un problème majeur de développement au moment de la formation des connexions synaptiques dans le cerveau. Nous commençons à mieux le comprendre. Sommes-nous prêts à régler tous ces problèmes? Non, mais nous faisons des progrès énormes.

Dans ce domaine, il faut investir dans de la recherche fondamentale, parce que, tant que nous ne comprenons pas comment le cerveau fonctionne, nous ne pourrions pas vraiment créer des traitements qui permettent la guérison. Nous pourrions modifier les symptômes, mais nous ne pourrions pas assurer la guérison. C'est la dernière étape à franchir. Le cerveau est un organe complexe, mais c'est surprenant de voir la vitesse à laquelle nous faisons des progrès dans ce domaine. Il y a réellement de l'espoir pour les patients qui ont des problèmes de santé mentale.

Il ne faut pas oublier que, il y a seulement quelques années, nous n'aurions même pas pu reconnaître un problème de santé mentale. On n'en parlait pas en raison des préjugés qui y étaient associés. Maintenant, dans de nombreux domaines, la santé mentale a la place qu'elle mérite. Avoir un problème de santé mentale n'est pas pire qu'avoir le diabète. En fait, il y a souvent des similitudes. Il peut s'agir d'une enzyme dysfonctionnelle ou d'une hormone qui n'est pas sécrétée correctement. Il peut y avoir un neurotransmetteur en trop grande quantité ou en quantité insuffisante. On commence à comprendre. C'est compliqué.

M. Mark Strahl: Monsieur O'Rourke.

M. Brian O'Rourke: J'approuve une bonne partie de ces commentaires. La santé mentale est l'une de nos priorités. Nous faisons quand même beaucoup de travail et procédons à beaucoup d'examen, non seulement sur des médicaments, mais aussi sur de nouveaux types de thérapies, comme les thérapies psychologiques et d'autres thérapies sociales qui aident à la fois à prévenir les maladies mentales et à les traiter.

C'est très bien que la Commission de la santé mentale du Canada ait créé l'an dernier la première stratégie canadienne en matière de santé mentale. On commence à en bénéficier aussi. On a aussi travaillé en collaboration avec l'Association des psychiatres du Canada pour s'assurer que nos travaux de recherche ou nos recommandations se reflètent dans sa vision de l'avenir.

M. Mark Strahl: Merci.

La présidente: Merci, monsieur Strahl.

C'est fascinant. Si je peux me permettre, j'aimerais formuler un commentaire.

Notre comité a accueilli un représentant de la GRC pour la première fois. La Gendarmerie ne s'était jamais présentée devant le comité de la santé avant. Vous rappelez-vous? Vous étiez là, madame Davies, à ce moment-là, je crois.

Il avait été extrêmement surprenant d'entendre parler des problèmes de santé mentale auxquels la Gendarmerie est confrontée à cause de l'environnement. Elle n'en était pas là au début.

C'était une très bonne question et une réponse fascinante. Merci.

Monsieur Nantel, je vous souhaite la bienvenue et j'espère que vous avez apprécié le délicieux dîner chaud d'aujourd'hui.

• (1220)

M. Pierre Nantel (Longueuil—Pierre-Boucher, NPD): Oui. C'est bien mieux que dans les autres comités.

Des voix: Oh, oh!

La présidente: Parfait. Vous devriez être remplaçant pour notre comité. Nous vous traitons mieux.

M. Pierre Nantel: J'imagine que le Comité de la santé n'offre pas de May West ni de steaks.

[Français]

Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins des présentations qu'ils ont faites ce matin.

Je remplace Mme Sellah. Je ne suis pas un spécialiste, mais j'ai été fasciné par la passion qui vous anime et toutes ces avancées technologiques dans le domaine de la santé.

Monsieur Beaudet, j'ai particulièrement apprécié — c'est probablement très lié à votre mandat — les explications concernant vos travaux. C'est très concret et vous parlez souvent du patient.

En fait, la grande question que se pose peut-être un non-initié lorsqu'il écoute cette conversation est que si on parle vraiment du patient, le but est que chaque citoyen canadien soit soulagé de ses maux. Vous avez très bien résumé le fait qu'il serait très productif de régler les problèmes de dos et de dépression en général.

J'aimerais vous demander, madame Sabourin, depuis combien de temps travaillez-vous à votre direction?

[Traduction]

Mme Barbara Sabourin: Je travaille au sein de mon ministère depuis 1980.

M. Pierre Nantel: Vous avez une très grande expérience.

[Français]

J'apprécie beaucoup votre grand engagement.

Comment comptez-vous faire face aux compressions budgétaires auxquelles vous serez soumise? Vous devrez sûrement vous-même réduire certaines activités. Comment allez-vous le faire?

[Traduction]

Mme Barbara Sabourin: Mon groupe est responsable de l'évaluation des médicaments et des instruments médicaux. Récemment, nous avons modifié notre régime de recouvrement des coûts, le régime qui veille à ce que les fabricants payent pour obtenir nos services d'examen et d'évaluation des nouveaux produits. C'était une bonne méthode, qui nous a permis d'obtenir de nouvelles ressources. Nous réussissons maintenant à atteindre nos cibles et à respecter les échéanciers pour toutes nos gammes de produits, à l'exception des

médicaments génériques, gamme sur laquelle nous travaillons dur pour continuer à faire des progrès.

En ce qui a trait aux compressions budgétaires, nous avons réussi, en grande partie, à protéger nos ressources scientifiques. Selon nous, elles sont essentielles et elles fournissent des services extrêmement prioritaires aux Canadiens, alors on a eu la chance de pouvoir les protéger.

On ne s'en est pas sorti indemne et nous avons dû apporter des changements dans certains domaines. Par exemple, il a fallu fusionner trois groupes, qui étaient tous les trois responsables, essentiellement, de l'organisation de réunions avec des intervenants externes. Nous avons pu tous les réunir au même endroit. C'est un exemple d'initiative que nous avons réussi à réaliser pour faire quelques économies. Dans un même ordre d'idées, à l'échelle de notre direction générale, nous avons examiné les ressources liées aux communications internes. Nous avons procédé à une certaine rationalisation dans ce domaine. De plus, du côté des politiques, nous avons trouvé une façon de travailler légèrement différente qui nous a permis d'économiser dans ce secteur.

Je crois qu'il faut toujours tenir compte des besoins des Canadiens et des besoins du système de santé. À mesure que le monde qui nous entoure change, nous devons aussi changer. En tant que Canadienne, c'est ce à quoi je m'attends de mon gouvernement, et c'est ce à quoi je m'attends de mon groupe aussi.

[Français]

M. Pierre Nantel: Madame Sabourin, vous évoquez le fait que le monde évolue, change et qu'on doit changer en même temps. Vous avez certainement raison. Il existe des avancées technologiques qu'on n'aurait pas pu imaginer auparavant. Nous possédons tous un BlackBerry. J'espère que nous vous écoutons tous, même si nous travaillons en même temps.

Il y a certainement une économie de temps, notamment sur le plan des transports. Un simple citoyen va sûrement trouver que c'est bizarre parce que les besoins en santé augmentent. Bien sûr, nous cherchons tous une plus grande efficacité, mais je suis persuadé — et je vous trouve très courageuse de comparaître aujourd'hui — que vous êtes dans une période qui pose de grands défis. On vous demande de faire plus avec moins. C'est quand même spectaculaire. Je suis conscient qu'il y a des économies à faire et qu'il y en aura toujours, par exemple, dans le domaine de la papeterie et des stylos, par rapport à il y a 10 ans. On peut également arrêter d'acheter des cartouches.

[Traduction]

La présidente: Il ne vous reste presque plus de temps. Avez-vous une question?

M. Pierre Nantel: Si c'est le cas, pas de problème. J'ai terminé.

Merci.

La présidente: Il vous reste 15 secondes.

Mme Barbara Sabourin: Nous voulons passer à un environnement électronique dans le cadre du processus d'examen. On pourra ainsi économiser de l'argent, en réduisant les coûts d'entreposage des documents papier, par exemple. Une présentation de drogues est un document volumineux. Par conséquent, le fait d'éliminer ces coûts d'entreposage permettra de faire des économies substantielles. Il y a aussi des économies pour l'industrie. Ça va dans le sens de la réduction du fardeau.

•(1225)

La présidente: Merci beaucoup à vous deux.

Nous allons passer à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais moi aussi souhaiter la bienvenue aux témoins aujourd'hui. J'ai appris beaucoup de choses, et j'ai apprécié les questions posées par mes collègues.

Docteur Beaudet, j'ai trouvé les séries d'exemples que vous avez données durant votre déclaration préliminaire au sujet des différentes technologies élaborées, comme utiliser un téléphone intelligent plutôt qu'un stéthoscope, assez incroyables.

J'ai eu l'occasion de visiter le centre d'apprentissage par simulation de l'Institut des sciences appliquées et de la technologie de la Saskatchewan, sur le campus de Saskatoon. Le centre compte des salles de traitement et d'évaluation, un appartement dont des murs ont été enlevés pour faciliter l'observation, une unité de naissance, des salles de contrôle et des salles de conférence. Les patients sont des mannequins informatisés. Ils sont programmés pour réagir lorsque les étudiants procèdent à la RCR et administrent des pharmacothérapies, procèdent à l'intubation et la ventilation et posent des intraveineuses. C'est incroyable de voir ce que permet la technologie en ce qui a trait à la formation de nos professionnels de la santé.

Pouvez-vous me nommer les domaines de recherche dans lesquels ont investi les IRSC pour appuyer l'innovation en réduisant la bureaucratie sans compromettre la sécurité des Canadiens?

Dr Alain Beaudet: Je crois, bien honnêtement, que les IRSC n'ont pas vraiment un problème de lourdeur administrative. Notre budget de fonctionnement représente de 5 à 6 p. 100 de notre budget total, ce qui constitue l'un des plus petits budgets de fonctionnement du monde entier pour un organisme comme le nôtre. Je ne crois pas qu'il y ait énormément de bureaucratie chez nous.

Comment gère-t-on tout ça? Tous les chercheurs du monde entier travaillent pour nous. Toutes les propositions que nous recevons sont évaluées par des comités de pairs, c'est-à-dire par des experts, principalement du Canada, bien sûr, mais aussi souvent de l'étranger. Nous n'avons pas toujours l'expertise nécessaire au Canada, ou encore, s'il y a peu de joueurs, nous ne voulons pas avoir de conflit d'intérêts, alors nous nous tournons vers l'étranger.

C'est merveilleux de voir à quel point, à l'échelle internationale, la réponse est positive en ce qui a trait à l'examen des présentations. C'est très contingenté. Nous ne finançons même pas 20 p. 100 des propositions qui nous sont présentées aux fins d'examen et de financement.

C'est très compétitif, mais tel est le milieu scientifique. C'est un milieu très compétitif. Nous finançons seulement les meilleurs. Je peux vous assurer que l'argent des contribuables est très bien investi avec nous.

Mme Kelly Block: Merci.

Combien me reste-t-il de temps?

La présidente: Il vous reste deux minutes.

Mme Kelly Block: Je suis ravie que vous ayez mentionné que l'argent des contribuables est bien investi.

En quoi ces investissements dans les nouvelles technologies aident-ils à la reprise économique du Canada et favorisent-ils la création de richesses et d'emplois?

Dr Alain Beaudet: J'ai un peu répondu à cette question en réponse à une question de votre collègue. On participe directement grâce aux subventions parce que beaucoup de gens sont embauchés grâce aux subventions. C'est certainement un investissement économique important. Comme je l'ai dit, certaines de ces découvertes seront brevetées. Les brevets favoriseront la création d'entreprises, et, bien sûr, ces nouvelles entreprises attireront des investisseurs.

En fait, l'année dernière seulement, nous avons bénéficié de plus de 800 millions de dollars d'investissements étrangers dans la recherche en santé. Et l'investissement du secteur privé dans la recherche en santé s'élève à 1,5 milliard de dollars. Cela crée de l'emploi. Puis, il y a l'avantage de compter sur une main-d'oeuvre en santé, ce qui est favorable pour l'économie, et un effectif qui reste en santé plus longtemps.

Mme Kelly Block: Merci.

La présidente: Monsieur O'Rourke, vous aviez aussi quelque chose à dire?

Madame Block, ça vous va?

Mme Kelly Block: Bien sûr.

M. Brian O'Rourke: Si je peux me permettre, en réponse à la première question et, probablement, un peu aussi en réponse à la deuxième question, le Dr Beaudet a mentionné plus tôt la médecine personnalisée et les travaux réalisés en collaboration avec Génome Canada. Une excellente percée est qu'ils ont commencé à comprendre qu'il ne faut pas simplement produire la nouvelle technologie, il faut que quelqu'un veuille l'utiliser et soit prêt à payer pour l'obtenir.

En ce qui a trait aux projets de démonstration dont il a parlé, j'ai rencontré il y a environ deux semaines le PDG de Génome Canada et Genome B.C. Il y a des technologies dont on n'entendra pas parler pendant quatre ou cinq ans, mais ils commencent déjà à nous parler de l'utilité future de ces produits, du point de vue du payeur.

Je crois que c'est une approche intéressante, plutôt que de simplement nous présenter leur travail et de nous laisser déterminer si nous voulons payer au moment de sa présentation.

•(1230)

Mme Kelly Block: Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons passer à M. Menegakis.

M. Costas Menegakis (Richmond Hill, PCC): Merci, madame la présidente. Je veux aussi souhaiter chaleureusement la bienvenue aux témoins devant nous aujourd'hui et les remercier de leur témoignage très informatif.

J'aimerais commencer par vous, docteur Beaudet, si vous le voulez bien. Beaucoup de chercheurs et de professionnels de la santé vous diront que la nanomédecine est la voie de l'avenir et que les chercheurs ont seulement commencé à gratter la surface. Je peux vous dire que notre gouvernement a fait d'importants investissements depuis qu'il est au pouvoir, un total de 121,5 millions de dollars depuis 2006.

Pouvez-vous nous dire de quelle façon ces investissements ont aidé le système de santé à être plus novateur?

Dr Alain Beaudet: Certainement.

On en est encore aux balbutiements, et il est évident que ces investissements ont fait du Canada un chef de file en matière de nanomédecine et de nanotechnologie appliquée à la santé. On en est encore, dans bon nombre de cas, à l'étape expérimentale, mais nous apercevons de nouvelles façons très prometteuses d'administrer des médicaments, par exemple, l'administration de médicaments précisément à des tumeurs grâce à l'administration de ces médicaments au moyen de nanoparticules qui pourront cibler directement la tumeur plutôt que de se répandre partout dans le corps.

Nous finançons beaucoup de choses. Je crois que, à mesure que nous approfondirons davantage le domaine, plus d'évaluateurs seront formés, et plus de jeunes évaluateurs reviendront de leurs études postdoctorales à l'étranger et commenceront à faire des recherches dans le domaine.

On constate une demande accrue de financement dans ce domaine.

M. Costas Menegakis: Et qu'en est-il de l'initiative phare en médecine personnalisée? En quoi cela rend-il les milieux de la recherche plus efficaces et plus efficaces?

Dr Alain Beudet: Je crois que nous avons déjà un peu répondu à cette question. L'initiative compte plusieurs aspects. C'est l'initiative dont j'ai parlé au sujet de la médecine personnalisée qui est cofinancée par Génome Canada.

J'aimerais ajouter, au sujet du financement de contrepartie — j'ai posé une question à ce sujet —, que nous investissons, au fédéral, 67,5 millions de dollars. Les provinces et le secteur privé fournissent un financement de contrepartie au pair. C'est énorme. On double notre investissement pour atteindre 135 millions de dollars.

Comme vous l'avez entendu, notre objectif dans le cadre de cette initiative n'est pas uniquement de favoriser la recherche fondamentale afin de nous aider à définir des profils génétiques de nouvelles maladies et de divers troubles. Il faut aussi commencer à penser aux questions éthiques liées à la médecine personnalisée et aux coûts d'une telle médecine et à la façon dont nous allons gérer tout cela. Nous réfléchissons à la façon dont nous allons nous assurer que la plus-value en fait de qualité de soins est contrebalancée par l'abordabilité des soins aussi.

M. Costas Menegakis: Selon vous, vos investissements dans ce type de recherche aideront-ils notre gouvernement à long terme à améliorer la façon dont il approuve les médicaments?

Dr Alain Beudet: J'en suis totalement convaincu.

M. Costas Menegakis: Merci.

La présidente: Madame Sabourin, avez-vous quelque chose à dire vous aussi?

Mme Barbara Sabourin: Oui, si je peux. J'aimerais souligner que, tant pour la médecine personnalisée ou la pharmacogénomique que pour la nanotechnologie, ce sont des domaines qui peuvent changer de façon importante la façon dont nous prodiguons les soins de santé.

Nous possédons un document d'orientation sur la pharmacogénomique depuis 2008. Je crois que c'est dans la liste des innovations que nous avons soumise. L'objectif du document est de fournir des renseignements aux fabricants sur le genre de données probantes que nous voulons qu'ils recueillent afin de prouver que leurs produits sont sécuritaires et efficaces.

La nanotechnologie est un dossier très intéressant. Nous avons établi une définition de travail de la nanotechnologie à l'échelle du ministère. Quand ce genre de technologie voit le jour, nous voulons

nous assurer que le système de réglementation en permet une gestion adéquate. Nous contrôlons activement les produits liés aux percées afin de nous assurer que c'est bel et bien le cas et que nous sommes en mesure d'être proactifs s'il faut ajouter de nouvelles exigences.

• (1235)

M. Costas Menegakis: Où en suis-je, madame la présidente?

La présidente: Presque au bout, il vous reste environ 30 secondes.

M. Costas Menegakis: D'accord.

Madame Sabourin, on entend souvent parler de médicaments, de processus, de certaines pièces d'équipement et d'outils approuvés dans d'autres pays, qui ne sont pas approuvés aux fins d'utilisation au Canada ou vice versa. Pouvez-vous nous décrire la façon dont nous communiquons des renseignements à nos partenaires commerciaux internationaux?

Mme Barbara Sabourin: Merci de poser cette question.

Il est important de souligner que Santé Canada, et plus précisément notre direction générale, participe à bon nombre d'initiatives internationales avec d'autres organismes de réglementation de la planète. J'ai mentionné, par exemple, la International Conference on Harmonisation, qui établit des normes touchant les exigences relatives aux médicaments. Il y a un groupe semblable qui s'occupe des instruments médicaux, le Forum international des autorités chargées de réglementer les matériels médicaux. Nous avons aussi conclu des arrangements avec divers pays avec lesquels nous échangeons des renseignements confidentiels. Puisque les intervenants de l'industrie travaillent davantage à l'échelle mondiale maintenant, c'est très important pour nous de le faire. Nous nous sommes dotés de mécanismes pour communiquer des renseignements, surtout en ce qui a trait aux enjeux touchant la sécurité, à d'autres administrations.

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Duncan, la parole est à vous.

Mme Kirsty Duncan: Une étude récente du JAMA a cerné des préoccupations liées à la sécurité concernant le processus accéléré de suivi de trois médicaments. L'un d'eux était Gilenya. Pouvez-vous nous en parler, madame Sabourin?

Mme Barbara Sabourin: Je crois que l'article auquel vous faites référence a paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. C'est exact?

Mme Kirsty Duncan: Non. Je crois que c'était dans le JAMA.

Mme Barbara Sabourin: Je ne connais pas cet article.

Ce que je peux vous dire, c'est que le processus accéléré, ou processus de traitement prioritaire, est une façon pour nous de traiter en premier les produits susceptibles d'avoir un impact très important sur la vie des Canadiens. Je veux cependant que ce soit clair pour les membres du comité: il s'agit du même processus de traitement, et nous nous assurons que les données sont là pour appuyer les allégations liées à ces produits.

D'une certaine façon, nous ne sommes pas surpris par le fait que les produits susceptibles d'avoir un réel impact sur la vie des Canadiens qui ont des maladies graves et mortelles ont aussi leur lot de risques. Les maladies sont, elles aussi, associées à d'importants risques. Il est courant pour les fabricants de continuer à perfectionner leurs produits, même après avoir obtenu une licence et une approbation. Il n'est pas rare que nous interagissions plus de 100 fois avec les entreprises une fois leur produit sur le marché. Même avec ces thérapies, on s'attend à ce que les entreprises continuent à produire des renseignements, nous les fournissent et veillent à communiquer réellement les risques et les avantages appropriés aux Canadiens et aux professionnels de la santé qui prescrivent des médicaments.

Mme Kirsty Duncan: Dans le cadre du processus de traitement accéléré, les médicaments contre la sclérose en plaques et certains cancers, par exemple, font-ils l'objet d'une norme de sécurité inférieure?

Mme Barbara Sabourin: Le processus de traitement prioritaire canadien — je crois qu'on parle de processus accéléré aux États-Unis, mais, de notre côté, c'est un processus de traitement prioritaire — ne modifie en rien les normes, qui restent les mêmes que le médicament fasse l'objet d'un traitement accéléré ou non. L'objectif, en fait, est de dissiper une préoccupation formulée par des Canadiens qui étaient très malades au début de la crise du VIH et du sida. C'était une façon de leur fournir des médicaments plus rapidement. Ils disaient très clairement qu'ils étaient prêts à assumer un peu plus de risques. Les normes sont exactement les mêmes.

Mme Kirsty Duncan: Eh bien, prenons le cas de Tysabri. On a traité de façon accélérée un médicament dont on savait qu'il causait une infection fatale au cerveau. Selon moi, il y a une réelle dichotomie entre les traitements réservés à l'IVCC et au Tysabri. J'ai parlé au chercheur qui a créé la molécule. Dans les années 1990, il y avait des avertissements concernant de possibles infections. Si vous examinez les effets indésirables du médicament sur le site Web de Santé Canada, on parle d'avortement spontané et de fasciite nécrosante. Pour moi, il y a une réelle dichotomie.

Vous avez dit qu'il n'y a pas de réglementation fédérale sur l'emploi non conforme à l'étiquetage des instruments médicaux. J'aimerais aborder le cas des endoprothèses. Vous avez dit que ces prothèses sont de compétence provinciale. Ma question est la suivante: pourquoi le gouvernement fédéral est-il intervenu dans le cas de l'IVCC?

• (1240)

Mme Barbara Sabourin: L'IVCC est une procédure médicale. Mon groupe au sein de la direction générale est responsable d'approuver différents produits. Si un produit est utilisé et que des fabricants veulent en parler et annoncer le fait que leur produit peut être utilisé dans une procédure comme l'IVCC, ils doivent passer par nous. Jusqu'à présent, à ma connaissance, il n'y a eu aucune allégation de la sorte liée à un instrument. C'est principalement des médecins et des chirurgiens qui essaient quelque chose de nouveau, qui tentent d'innover, de régler un problème qu'ils ont constaté chez leurs patients. Cela relève de la pratique de la médecine.

Sur le plan de l'intervention fédérale, je crois que beaucoup de travail a été fait à l'échelle du Canada et à l'échelle nationale pour évaluer comment il faut gérer la situation. Je suis désolée, je ne peux pas entrer dans les détails. Ce n'est pas un cas de réglementation.

Mme Kirsty Duncan: D'accord. J'aimerais revenir sur ce que j'ai dit tantôt. J'espère que vous pourrez me fournir des renseignements. J'aimerais que vous me les fassiez parvenir, c'est concernant les

examens touchant Gilenya, parce qu'on m'avait promis une séance d'information, qui n'a jamais eu lieu.

Je ne sais pas si je l'ai dit tantôt. Lorsque j'ai demandé pourquoi ma question inscrite au feuilleton ne pouvait pas être abordée dans la séance d'information, on m'a dit qu'il n'y avait pas de ressources du bureau du ministre de la Santé en raison de « compressions gouvernementales ».

La présidente: Madame Duncan, votre temps est écoulé. Je sais que vous aimeriez vous éterniser, mais je dois vous arrêter.

Mme Kirsty Duncan: Merci, madame la présidente.

La présidente: Nous allons procéder à une autre ronde de cinq minutes parce qu'il reste un peu de temps pour le faire.

Je vais commencer par M. Kellway.

M. Matthew Kellway: Merci, madame la présidente. Moi aussi j'aime m'éterniser, alors j'apprécie l'occasion que vous me donnez.

On était au milieu d'une question avant...

La présidente: Vous avez seulement cinq minutes, cependant, monsieur Kellway.

M. Matthew Kellway: Je suis sûr que vous allez m'avertir quand mon temps va être écoulé.

On était en train de parler du fait de maximiser le potentiel de la recherche dans le domaine des soins de santé.

Docteur Beaudet, vous avez formulé un argument particulièrement convaincant au sujet de la réduction des coûts de soins de santé et du renforcement de l'économie grâce à ce type d'investissement. Il serait évidemment désolant de ne rien faire, pour ainsi dire, concernant ce genre d'investissement, qui semble avoir beaucoup de potentiel. Si je ne m'abuse, vous étiez en train de dire qu'environ de 25 à 30 p. 100 des examens, etc., sont soit inutiles, soit néfastes.

Dr Alain Beaudet: Il y a en fait deux volets à cette question. Premièrement, il ne faut pas seulement utiliser ces nouvelles technologies lorsqu'elles fonctionnent — quand elles ont fait l'objet d'une évaluation adéquate et qu'on a prouvé qu'elles fonctionnaient bien et qu'elles étaient rentables. Il faut aussi créer une culture qui nous permet d'arrêter de faire ce qui ne fonctionne pas. L'enjeu actuel, c'est de pouvoir mieux évaluer ce qui fonctionne et aussi ce qui ne fonctionne pas. On a tendance à concentrer la recherche clinique sur l'évaluation des nouvelles technologies, des nouveaux médicaments ou encore des nouvelles pratiques, mais je crois qu'il faut aussi appuyer la recherche clinique sur ce qu'on fait actuellement afin de pouvoir arrêter de faire ce qui n'est ni efficace, ni rentable, et qui ne fonctionne pas.

Dans notre stratégie de recherche axée sur le patient, nous ciblons vraiment, comme je l'ai dit, d'un côté, la recherche sur la mise en oeuvre et l'intervention pour permettre de changer les comportements et de modifier les pratiques. Nous voulons aussi renforcer notre capacité de réaliser des recherches cliniques et d'évaluer ce que nous faisons actuellement. C'est ce que nous appelons la recherche sur la rentabilité, c'est-à-dire ce qui fonctionne le mieux et qui est le plus rentable. Selon moi, c'est un type de recherche auquel s'intéressent beaucoup les provinces, et elles sont prêtes à investir avec nous, parce qu'elles en tirent un avantage direct. Je crois que les patients aussi en bénéficient directement. Il faut créer une culture axée sur l'évaluation.

La présidente: Merci, docteur Beaudet. Je crois que M. O'Rourke voulait...

M. Brian O'Rourke: Oui, j'aimerais répondre moi aussi. Il y a un nouveau domaine lié au type de travail que nous faisons. C'est ce qu'on appelle à l'échelle mondiale le désinvestissement dans les technologies de la santé. C'est exactement ce dont il parlait tantôt. Il y a tellement de choses que nous faisons dans le système de soins de santé qui ont été mises en place sans qu'on ait réellement de bonnes données probantes pour les appuyer.

L'Ontario et l'Alberta réalisent de très bonnes initiatives actuellement. L'Ontario a créé un comité sur le caractère approprié. Il examine de près beaucoup de tests diagnostiques, d'imagerie diagnostique et certaines procédures chirurgicales pour arrêter de faire des choses qui n'entraînent pas vraiment de bienfaits pour la santé. Cela, on l'espère, créera de l'espace pour introduire de nouvelles technologies qui, elles, ont de réels bienfaits pour la santé.

• (1245)

M. Matthew Kellway: A-t-on des estimations en dollars qui font autorité et qui sont fiables du genre de gaspillage dans le système de santé?

Dr Alain Beaudet: Nous n'en avons pas au Canada, mais je vous recommande de lire un rapport que l'Institute of Medicine aux États-Unis a publié il y a trois semaines. Il s'agit d'une analyse très importante et très intéressante du gaspillage dans le système de santé américain. Même s'il faut faire attention pour ne pas comparer directement les deux pays, parce que nos systèmes sont très différents, je crois qu'il y a un certain nombre de choses qui, vous le constaterez, s'appliquent ici.

M. Matthew Kellway: En ce qui a trait à vos deux organisations, de quoi avez-vous besoin pour maximiser la recherche liée à ces questions ou, à tout le moins, en réaliser davantage?

Dr Alain Beaudet: Deux choses.

Premièrement, plus d'argent, comme d'habitude. Avouons-le, il faut soutenir la recherche. Selon moi, c'est bien de voir les provinces prêtes à investir avec nous dans ce domaine; elles reconnaissent l'importance d'une meilleure évaluation et d'une évaluation constante, pas seulement des nouveaux traitements, mais aussi des traitements et des pratiques actuels.

Deuxièmement, il y a les gens qui font ce type de recherche. Nous n'avons pas assez de cliniciens-chercheurs. Ils n'ont aucune assurance quant à leurs heures de travail, et leur salaire n'est pas financé. Il n'y a pas suffisamment de chercheurs dans le domaine de la mise en oeuvre et pas suffisamment d'économistes de la santé et de biostatisticiens au pays. Il faut former ces professionnels. Ce sont les types de chercheurs que nous n'avons pas suffisamment formés.

C'est ce sur quoi nous mettons l'accent auprès de nos partenaires dans les universités et les centres de santé universitaires.

M. Matthew Kellway: Monsieur O'Rourke.

M. Brian O'Rourke: C'est, en fait, le genre de personne qui travaille chez nous et qui participe à nos activités. Je suis d'accord à 100 p. 100. Il y a un nombre limité de personnes ayant cette expertise.

Je dirais aussi qu'il faut une meilleure collaboration. Ce sont des décisions difficiles. Il n'est pas facile d'enlever quelque chose aux patients ou aux cliniciens qui l'utilisent. Il faut faire attention et bien communiquer avec le milieu clinique et les groupes de patients.

Il y a une nouvelle campagne intéressante à ce sujet aux États-Unis qui s'intitule « Choosing Wisely ». Ils ont consulté un certain nombre d'associations cliniques pour leur demander de dresser une liste de cinq choses qu'il fallait arrêter de faire.

Une initiative semblable serait bénéfique en sol canadien; il faudrait adapter cette approche à la réalité canadienne.

M. Matthew Kellway: Pouvez-vous les nommer? Les connaissez-vous par coeur?

M. Brian O'Rourke: Non, je ne les ai pas toutes en tête, mais je pourrais certainement vous fournir un lien vers le site Web.

M. Matthew Kellway: Ça serait apprécié.

M. Brian O'Rourke: Ils travaillent aussi en collaboration avec les groupes de patients et les groupes de consommateurs pour s'assurer que les renseignements sont diffusés à grande échelle.

M. Matthew Kellway: Docteur Beaudet, ai-je bien compris? Les provinces ont mis de l'argent sur la table et elles attendent les fonds de contrepartie fédéraux? Est-ce la situation que vous avez décrite?

Dr Alain Beaudet: C'est exact. La stratégie de recherche axée sur le patient est en fait une initiative conjointe. On rassemble tous les intervenants. Nous sommes tous confrontés aux mêmes problèmes. L'initiative rassemble les provinces, les territoires, le gouvernement fédéral et aussi des intervenants des secteurs privé et de bienfaisance, qui fournissent des fonds pour investir dans le type de recherche dont nous avons parlé, la recherche axée sur le patient.

La présidente: Oui.

J'aimerais donner suite à ce que M. Kellway a dit. À mon avis, pour ce qu'il vaut, il a posé de très bonnes questions aujourd'hui. Mon côté m'a donné du temps pour poser des questions. J'en profite pour poser la question qui suit.

En ce qui a trait au financement, vous avez dit qu'il fallait plus de fonds pour les chercheurs, entre autres. On entend cela tous les jours. Il n'y a jamais assez d'argent. L'objectif de l'innovation est d'augmenter la productivité et l'efficacité de la prestation des soins de santé et de la recherche, et, en 2007, notre gouvernement a mis de l'avant une stratégie pour mobiliser le milieu scientifique et technologique au profit du Canada.

À la lumière du vieillissement de la population et compte tenu de certaines des questions posées par M. Kellway et des besoins réels sur le terrain, l'un d'entre vous pourrait-il parler des rôles au chapitre de la collaboration du secteur privé, des établissements universitaires et des professionnels de la santé dans le cadre de la stratégie sur les sciences et les technologies?

Vous disiez que l'interaction et la collaboration faisaient partie intégrante de tout le processus.

Quelqu'un a-t-il quelque chose à dire à ce sujet?

• (1250)

Dr Alain Beaudet: Premièrement, j'ai quelque chose à dire sur le financement. Nous dépensons 170 milliards de dollars par année en soins de santé au pays. Le budget des IRSC est de 1 milliard de dollars.

Demandez-vous quelle entreprise prospère investit ce pourcentage de son chiffre d'affaires en R. et D.? Je pose simplement la question. Nous voulons que le système fonctionne. Il faut investir dans l'innovation. C'est ainsi qu'on pourra augmenter l'efficacité, la qualité et l'accessibilité.

Cela étant dit, je crois que ce n'est pas une tâche qui revient seulement au secteur public. De plus en plus, nous nous rendons compte, particulièrement grâce à la participation des provinces, en raison de leur responsabilité prévue dans la constitution en matière de prestation de soins, que, en collaborant avec elles, on ne bénéficie pas seulement d'investissements financiers — je dirais même que ce n'est pas ce qui est le plus important —, mais nous obtenons aussi, en créant ces partenariats, leur participation. Nous bénéficions d'un réel engagement, tôt dans le programme de recherche, afin de déterminer pourquoi l'intégration de la recherche et des soins est cruciale pour l'avenir de la prestation de soins de qualité au pays.

Le partenariat n'est pas uniquement une question d'argent. Le partenariat, c'est l'engagement.

La présidente: Oui, je le sais bien, même si je posais la question au sujet du secteur privé et des professionnels, parce que, plus tard, dans le cadre de notre étude sur l'innovation, nous allons rencontrer des médecins qui ont fait des choses extraordinaires sur le plan de la collaboration avec d'autres médecins pour concevoir des cliniques et des services à guichet unique dans les collectivités. Ils bénéficient aussi de l'engagement des patients qui adoptent des modes de vie sains. C'est ce que j'essayais de dire. La population vieillit et il n'y a pas suffisamment d'argent sur la planète pour régler tous les problèmes liés aux soins de santé.

Je me demandais si vous aviez de nouvelles idées.

Monsieur O'Rourke.

M. Brian O'Rourke: Il y a un programme qui a commencé en Ontario, par le truchement de MaRS, en fait, qui s'intitule EXCITE. Je ne me rappelle plus ce que chaque lettre de l'acronyme veut dire, mais c'est une façon différente d'envisager la technologie. L'objectif est de faire collaborer les utilisateurs de la technologie, les cliniciens, et les patients avec l'industrie, en amont. Plutôt que d'attendre que l'industrie fasse les premiers pas et présente une nouvelle technologie qu'elle juge utile et que nous devons acheter, ce sont les cliniciens qui précèdent ce dont ils auraient besoin et qui cernent les lacunes du système.

Ils disent si vous élaborez une telle technologie, ça nous intéresserait beaucoup.

La présidente: Nous avons entendu des propos semblables, pas aujourd'hui, mais lorsque nous avons accueilli un autre groupe. Ils mobilisaient des professionnels de la santé et leur demandaient ce qu'il fallait faire pour rendre les hôpitaux plus efficaces, où il fallait mettre les fournitures, ce dont on avait besoin ou ce dont on pouvait se passer pour diminuer le gaspillage. C'est ce qu'ils disaient.

Dr Alain Beaudet: C'est aussi vrai pour le programme de recherche. Avouons-le, le programme de recherche, dans une grande mesure, est le fruit du travail des chercheurs. Je crois qu'il faut aller chercher les décideurs, ceux qui définissent les politiques, les patients, afin qu'ils participent à l'établissement du programme de recherche.

La présidente: Merci beaucoup de m'avoir laissé poser une question, et merci de vos commentaires éclairants.

Madame Davies, la parole est à vous.

Mme Libby Davies: J'aimerais revenir sur le thème des ressources humaines dans le domaine de la santé que mon collègue, Matt, et moi avons abordé aujourd'hui. Ma question est la même: quelles sont les lacunes du système?

Tout le monde parle d'innovation, d'économie, d'efficacité, mais il y a une importante étape de transition lorsqu'on adopte de nouvelles innovations. Cela a un impact sur l'équité en matière de soins à

l'échelle du pays, mais aussi sur les ressources humaines de la santé. En ce qui a trait aux recherches réalisées, y a-t-il des études qui font un suivi des réactions au sein des ressources humaines du domaine de la santé? Que se passe-t-il en période de pointe soudaine? Vous avez parlé de certains des postes qu'il faut combler précisément dans le cadre de la stratégie de recherche axée sur le patient. Mais qui fait un suivi général pour s'assurer que nous bénéficions d'un système réactif qui fait en sorte que nous n'essayons pas constamment de rattraper un retard de deux ans, ou quelque chose du genre?

Dr Alain Beaudet: C'est une très bonne question, mais c'est aussi une question difficile, parce que nous n'en avons pas fait assez. Une des raisons pour lesquelles nous n'en avons pas fait assez, c'est que c'est très dispendieux de faire ce dont vous parlez.

Il y a un très bon rapport de l'Académie canadienne des sciences de la santé sur la mesure des répercussions de la recherche sur la santé à tous les niveaux, à commencer par les résultats fondamentaux, les articles publiés, aux répercussions plus complexes sur la longévité ou la morbidité, sur les améliorations et les résultats touchant les diverses maladies.

Ce que nous avons constaté aux IRSC, c'est que nous devons effectuer un meilleur suivi de ces répercussions. Nous comprenons qu'il y a une limite aux fonds que nous pouvons investir pour produire des données, alors il faut choisir minutieusement. Je crois que, à mesure que nous élaborons nos nouveaux programmes, nous faisons très attention pour que chaque objectif précis du programme soit assorti d'une mesure précise. Les chercheurs savent ce sur quoi on les évaluera parce qu'ils connaissent les mesures utilisées. Ils savent donc que la mesure est liée de près à l'objectif du programme. Par conséquent, s'ils n'atteignent pas l'objectif, les résultats ne seront pas au rendez-vous.

C'est un processus qui coûte cher et qui prend du temps, et c'est un changement de culture. Cela signifie que, pour chaque mesure, il faut une base de référence. Lorsqu'il est question de résultats dans le domaine de la santé, les bases de référence sont souvent problématiques, et il est difficile de mesurer des résultats à l'échelle du pays. N'oubliez pas qu'il n'y a pas un seul système de santé; il y a 13 systèmes de santé différents.

• (1255)

Mme Libby Davies: En fait, dans cet environnement, il y a beaucoup d'autres administrations, ce sont les autorités sanitaires locales. Il n'y a donc pas de base de référence nationale d'aucune sorte, ça n'existe pas.

Dr Alain Beaudet: Pas à ma connaissance.

Mme Libby Davies: Il me semble que, dans l'Accord sur les soins de santé de 2004, on avait dit que c'était un domaine où il fallait améliorer les stratégies liées aux ressources humaines de la santé.

Croyez-vous que des progrès ont été réalisés depuis la conclusion de l'accord en 2004?

Dr Alain Beaudet: Je crois qu'il ne fait aucun doute qu'il y a eu beaucoup de progrès. Des organisations comme l'ICIS, par exemple, ont vraiment fait avancer les choses à un niveau inimaginable au moment de la conclusion de l'accord. Peut-on faire mieux? Peut-on aller plus loin? Je crois que nous pourrions, que nous pouvons et qu'il faut le faire.

Mme Libby Davies: Me reste-t-il du temps?

La présidente: Oui.

Mme Libby Davies: J'aimerais revenir là-dessus. Je sais que nous aborderons le thème des dossiers de santé électroniques, mais ça me semble un bon exemple d'une initiative qui peut être très bénéfique, mais qui peut être assortie de beaucoup d'inconvénients s'il y a plusieurs systèmes qui entrent en jeu

Aux termes de la Loi canadienne sur la santé, les gens doivent pouvoir se déplacer à l'échelle du pays et avoir accès à des soins de santé. Cependant, s'il n'y a pas un certain niveau d'uniformité, et qu'il y a de multiples administrations, je me demande s'il y a vraiment quelqu'un qui contrôle tout ça. Y a-t-il des travaux réalisés à ce sujet?

Dr Alain Beaudet: Eh bien, c'est l'objectif d'Inforoute, en fait, mais la complexité liée aux différentes administrations dans le domaine de la santé explique pourquoi notre situation n'est pas comparable à celle du Danemark.

Mme Libby Davies: Comparable à quoi?

Dr Alain Beaudet: À celle du Danemark. Le Danemark a déjà mis en oeuvre un système pour les dossiers de santé.

Mme Libby Davies: Qu'est-ce qui nous empêche de le faire alors?

Dr Alain Beaudet: Je vous laisse répondre cette fois-ci.

M. Brian O'Rourke: J'aimerais avoir une réponse.

Je crois que c'est, en grande partie, en raison de la façon dont nous dispensons les soins dans notre système, qui est composé de 13 provinces et de 6 programmes fédéraux. C'est mon opinion.

Dr Alain Beaudet: Je suis d'accord.

Mme Libby Davies: Et on est censé avoir ces ententes, non? On nous dit qu'elles existent. Je crois que nous examinerons cela davantage pour savoir quels sont les réels obstacles qui nous empêchent d'y arriver, parce qu'on en parle depuis longtemps.

Dr Alain Beaudet: Mais nous avons fait...

La présidente: Il ne reste plus de temps, alors...

Dr Alain Beaudet: ... nous avons fait des progrès, pour être juste. Il y a d'excellents programmes actuellement en cours dans des domaines plus précis.

La présidente: Oui.

Merci beaucoup.

Nous sommes très contents de vous avoir ici aujourd'hui. Ça a été une très bonne conversation. Merci beaucoup de vos commentaires éclairants.

Sur ce, membres du comité, merci d'avoir posé toutes vos questions.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>